DE

LA DILATATION MANUELLE

DU COL UTÉRIN DANS LES ACCOUCHEMENTS

AVEC HÉMORRHAGIES PLACENTAIRES GRAVES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,

le Lundi 20 Février 1899, à 3 heures de l'après-midi,

PAR

Lucien DIDRY

Né à Eton (Meuse), le 15 décembre 1871.

Examinateurs de la Thèse :

MM. HERRGOTT	professeur.....	*Président.*
CHRÉTIEN	professeur.....	*Juges.*
FROELICH	agrégé.....	
SCHUHL	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547203_0034

DE

LA DILATATION MANUELLE

DU COL UTÉRIN DANS LES ACCOUCHEMENTS

AVEC HÉMORRHAGIES PLACENTAIRES GRAVES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,

le Lundi 20 Février 1899, à 3 heures de l'après-midi,

PAR

Lucien DIDRY

Né à Eton (Meuse), le 15 décembre 1871.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HERRGOTT	professeur.....	*Président.*
	CHRÉTIEN	professeur.....	*Juges.*
	FRŒLICH	agrégé.....	
	SCHUHL	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✲, I ⚜.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✲, I ⚜.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✲, I ⚜, HERRGOTT ✲, I ⚜, HECHT ✲, I ⚜, BEAUNIS ✲, I ⚜.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✲, I ⚜, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✲, I ⚜, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ⚜, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ⚜, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, A ⚜, professeur.
Pathologie externe	M. FRŒLICH, A ⚜, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ⚜, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ⚜, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ⚜, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ⚜, professeur.
Hygiène	M. MAGÉ, I ⚜, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ⚜, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ⚜, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ⚜, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ⚜, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON I ⚜, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ⚜, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ⚜, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ⚜, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ⚜, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ⚜, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✲, A ⚜, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ⚜, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I ⚜.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ⚜.	GUILLOZ, A ⚜.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✲, A ⚜.	FRŒLICH, A ⚜.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A ⚜.	ANDRÉ.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✲, I ⚜, ROHMER, I ⚜, VAUTRIN, A ⚜, REMY, A ⚜, P. PARISOT, I ⚜.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ⚜, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. HERGOTT

Professeur de clinique obstétricale
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Chez une femme présentant une insertion vicieuse du placenta avec hémorrhagies, nous eûmes l'occasion de voir M. le docteur Maleterre, chef de clinique, pratiquer la dilatation manuelle du col utérin. Fort de l'avis précieux de M. Schuhl, professeur agrégé, nous décidâmes de traiter ce sujet comme thèse inaugurale.

Notre travail n'est point œuvre originale, nous ne clamerons point : *Exegi monumentum* ; non, mais nous aidant de diverses publications faites par des maîtres en obstétrique, nous essaierons la mise au point d'une question intéressante autant qu'utile.

Que M. le professeur Alphonse Herrgott agrée nos remerciements pour avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous nous rappellerons avec plaisir les leçons de la Maternité où, sous forme d'anecdotes narrées dans un langage pittoresque, il sait fixer dans l'esprit de ses élèves les grands préceptes de l'art obstétrical.

L'inépuisable bienveillance de M. le profes-

seur agrégé Schuhl nous a permis de recourir souvent à ses conseils et à sa haute science ; notre gratitude envers lui est sincère.

A tous nos maîtres qui ont participé à notre éducation scientifique, particulièrement à Messieurs Gross et Spillmann, au service desquels nous fûmes attaché, nous disons merci et reconnaissance.

Nous n'oublierons point nos sympathiques relations avec M. le docteur Maleterre, il s'est toujours montré d'une obligeance rare, n'ayant d'égale que sa modestie.

Enfin, que nos excellents camarades avec qui nous avons vécu la belle vie d'étudiant reçoivent ici l'assurance de nos sentiments dévoués et de notre plus cordial souvenir.

INTRODUCTION

Des divers accidents provoqués par l'insertion vicieuse du placenta, l'hémorrhagie est le plus redoutable.

« Son importance capitale pour la mère et l'enfant domine toute la question du placenta prœvia et de son traitement (1). »

Mais si le placenta s'insère beaucoup plus souvent qu'on ne croit sur le segment inférieur de l'utérus, l'hémorrhagie ne survient au contraire que dans un nombre restreint de cas. Pinard et ses élèves (2) l'ont démontré.

Les insertions latérales peuvent ne se manifester par aucun écoulement sanguin, tandis que celui-ci devient plus fréquent, plus considérable au fur et à mesure que les cotylédons vont s'insérant plus près de l'orifice interne.

Quelle est la conduite à tenir? Elle diffère selon la gravité de l'hémorrhagie et l'époque de la grossesse. C'est au médecin à juger de la situation et à intervenir de la façon la plus

(1) Sébillote. — *Soc. obstétr. de France*, 1898, p. 106.
(2) Maggiar. — *Th. Paris*, 1895. — Spindler. — *Th. Paris*, 1896.

rationnelle : « Il sait qu'il n'y a pas une méthode unique de traitement, mais qu'il existe plusieurs procédés auxquels on fait consciencieusement appel, selon les progrès du travail et les conditions spéciales du cas en présence duquel on se trouve (1). »

L'hémorrhagie est-elle légère : le repos au lit, les injections vaginales très chaudes et de longue durée, les boissons froides acidulées, l'opium en auront vite raison.

Si l'hémorrhagie est grave, soit d'emblée, soit après de légères pertes sanguines, deux cas se présentent :

1° Les membranes sont inaccessibles ;

2° Les membranes sont accessibles.

Dans le premier cas, le tamponnement bien préparé, bien appliqué surtout, parfaitement aseptique, trouve ses indications. Il jouit d'une réelle action hémostatique, suffit le plus souvent et, s'il y a lieu, permet d'attendre et d'aviser. Cette méthode employée en France comme à l'étranger donne des résultats favorables, bien que l'accord à ce sujet ne soit pas unanime (2).

Dans le deuxième cas, lorsque les contractions utérines ont commencé le travail et que les membranes sont accessibles, il faut rompre largement celles-ci après s'être assuré que la présentation est longitudinale. La rupture

(1) Berry-Hart. — *Congrès de Bruxelles*, 1892. — *Semaine méd.*, p. 394.

(2) Bourdier. — *Th. Paris*, 1895. Insert. vic. du placenta et tamponn. vaginal. — Abd-el-Nour. *Th. Paris*, 1895. Les méfaits du tamponnement.

cependant est plus difficile, plus dangereuse, quand l'insertion est centrale (Osiander et Smellie). L'issue des eaux empêche le glissement et le décollement du placenta, renforce la tonicité du muscle utérin et favorise « l'action mécanique hémostatique » exercée par la partie qui se présente.

Ce procédé ne suffit pas toujours, de l'avis de tous les accoucheurs, de Pinard lui-même. A la Maternité Baudelocque, la statistique relève 194 cas de placenta prœvia du 1er janvier 1890 au 1er janvier 1896 ; on a rompu artificiellement les membranes 45 fois, mais 19 fois cette rupture dut être suivie d'une ou de plusieurs autres opérations (1).

Que l'hémorrhagie persiste abondante, la femme pâle, anémiée, s'épuise bientôt et la mort peut s'en suivre. La situation est critique, il y a indication d'agir vite, car « le sang qui coule c'est la vie qui s'en va ». Comme en pareil cas le meilleur moyen d'hémostase consiste à vider l'utérus pour permettre sa rétraction et arrêter l'hémorrhagie, il faudra pratiquer « l'accouchement méthodiquement rapide » préconisé par Tarnier (2). L'on aura ainsi des chances de sauver la mère et l'enfant.

La dilatation de l'orifice utérin est le premier stade obligé de tout accouchement, et c'est seulement quand elle est suffisante qu'on a le droit de procéder à l'extraction. Mais si cette dilata-

(1) Labusquière. — *Annales de gynécologie*, 1896.
(2) Bottiau. — *Th. Paris*, 1895. Mortagne. — *Th. Paris*, 1897.

tion est à peine commencée ou tarde à se compléter il est urgent d'intervenir, de gagner de vitesse devant le péril qui grandit.

Le temps n'est plus où, de vive force, on introduisait la main dans la matrice, où l'on faisait des extractions podaliques, des applications de forceps à travers un col insuffisamment dilaté. Aujourd'hui on ne *force* plus la nature, mais on seconde son action, on *l'accélère*, on la *provoque* même, et grâce à une précieuse instrumentation, mise au service d'une science raisonnée, on pratique couramment la *dilatation artificielle* du col utérin. Celle-ci s'effectue à l'aide d'écarteurs ou dilatateurs métalliques, de ballons en caoutchouc extensible ou inextensible, de forme et de calibre plus ou moins rapprochés.

Mais cette instrumentation peut manquer, ou ne pas donner les résultats espérés, ou agir avec trop de lenteur. Que faire alors en face du danger? Se souvenir que la nature nous a dotés d'un instrument précieux, conscient, toujours à notre disposition : je veux dire la main.

La *dilatation manuelle* de l'orifice utérin peut remplacer très avantageusement les autres procédés de dilatation artificielle; dans certains cas urgents, entre autres dans l'hémorrhagie placentaire grave, elle est même un excellent procédé, un procédé de choix.

Dans notre travail intitulé : *De la dilatation manuelle dans les accouchements avec hémorrhagies placentaires graves*, nous ferons l'his-

torique de la question, l'exposé de la technique opératoire ; nous dirons ses avantages, ses indications et contre-indications ; viendront ensuite les observations publiées à ce sujet et les conclusions.

HISTORIQUE

La dilatation manuelle de l'orifice utérin, remise en honneur ces temps derniers, était déjà connue et pratiquée des anciens. « Le chirurgien, dit Celse (1), doit introduire dans la matrice le doigt index qu'il a trempé auparavant dans l'huile; il faut l'y laisser jusqu'à ce que l'orifice s'ouvre de nouveau, y introduire ensuite un autre doigt et, saisissant le moment favorable, insinuer les autres jusqu'à ce que toute la main soit entrée. »

Plus tard, elle fit partie de l'accouchement forcé, elle en était le prélude nécessaire; son histoire est donc intimement liée à ce dernier. En présence d'une hémorrhagie grave, on s'empressait de terminer vite l'accouchement, et les anciens, ne disposant d'aucun outillage spécial, se servaient de leurs doigts pour dilater artificiellement l'orifice utérin.

Guillemeau (2), disciple d'A. Paré, est le premier qui parle d'une façon explicite de la dilatation manuelle : « ...Le chirurgien coulera sa main oincte entre les lèvres de la matrice et dedans le conduit d'icelles, afin d'ostre tous les

(1) Celse. — *Traduction Ninnin*, 1763, livre II, p. 362.

(2) Guillemeau. — *De l'heureux accouchement des femmes*, Paris, 1609.

grumeaux de sang qui pourraient être contenus en iceluy. Considèrera si le col de la matrice est suffisamment dilaté pour y mettre la main et tourner l'enfant, s'il en est besoin, et où ledit col ne serait dilaté assez, le plus doucement qu'il pourra et sans violence, le graissera de toutes parts avec beurre ou pommade, et petit à petit le dilatant, introduira la main dedans. »

Telle est aussi l'opinion de Louise Bourgeois, dans son ouvrage: *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruicts, fécondité, accouchement et maladies des femmes et enfants nouveaux-naiz* (Paris 1609).

Mauriceau (1), en cas d'hémorrhagie grave, s'empresse, comme ses prédécesseurs, de terminer l'accouchement et se loue d'avoir ainsi sauvé maintes vies humaines.

Portal, qui fut un des premiers à bien étudier le placenta prœvia, pratiquait la dilatation manuelle et rompait, avant Puzos, les membranes. Nous publions une observation tout à fait caractéristique, extraite de son ouvrage : *La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations* (Paris, 1685).

Peu, Dionis, Levret et d'autres avaient recours au même procédé.

Mais c'est Puzos (2) qui explique le plus nettement sa façon d'agir en pareil cas. « Il faut, dit-

(1) Mauriceau. — *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* (Paris, 1668-1681).

(2) *Mémoires sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses* (1759).

il, introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force proportionnés à sa résistance. Cet écartement gradué, interrompu par du repos, fait naître des douleurs, met la matrice en action, et l'un et l'autre font gonfler les membranes, qui contiennent les eaux de l'enfant. L'attention pour lors doit être d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut, pour procurer l'écoulement des eaux, parce que leur écoulement diminue déjà l'écartement de la matrice et lui permet de se contracter davantage. Les efforts et les douleurs secondés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice pour l'écarter, réussissent pour l'ordinaire et font avancer l'enfant. »

Smellie, Deleurye, après avoir utilisé la rupture des membranes, et Leroux le tamponnement, se montraient plus réservés dans l'emploi de la dilatation manuelle et de l'accouchement forcé.

Au commencement de ce siècle, Maygrier (1814) n'y recourait qu'avec circonspection.

Désormaux, P. Dubois (1839) et ses élèves ne s'en servaient que dans les cas extrêmes.

Cazeaux ne néglige pas certaines manœuvres digitales. « Le doigt introduit dans le col devra, avant d'opérer la rupture des membranes, agacer, irriter cette partie (1). » Ailleurs il conseille la dilatation manuelle.

(1) Cazeaux. — *Traité théorique et pratique des accouchements*, Paris, 1840.

Nous ne pouvons passer sous silence le nom de Rizzoli qui érigea en système l'accouchement forcé *per vias naturales* substitué à l'opération césarienne chez les femmes mortes ou agonisantes, quelle que fût la maladie causale. D'autres le précèdent en cette voie, Scheuk (1663), Rigaudeau (1745) dont Tarnier rapporte la curieuse observation, Baudelocque (1796), Duparcque (1823), Costa (1827), mais c'est surtout à lui que revient l'honneur d'avoir préconisé ce mode d'intervention. Son mémoire est intitulé : *De l'accouchement artificiel instantané par les voies naturelles, en remplacement de l'opération césarienne, chez les femmes mourantes ou décédées dans un état de grossesse avancée* (1833).

Il songea à appliquer chez ces femmes la méthode de dilatation manuelle que nous décrirons plus loin et qui peut s'employer dans les cas d'hémorrhagies placentaires graves (observation XX). Il eut le bonheur d'extraire des enfants vivants et de sauver des parturientes que l'on croyait mortes. Des succès retentissants lui attirèrent de nombreux disciples, surtout en Italie, Pellegrini (1844), Esterlé (1861), Belluzzi (1863), Moretti (1877), Vitanza (1892), mais en France, les accoucheurs furent plus hésitants et les avis moins unanimes.

Thévenot (1), en 1878, rapporte 15 cas d'accouchement forcé chez des femmes *in extremis* ;

(1) Thévenot. — *Annales de gynécol.* 1878, p. 257. *De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne.*

5 mères furent sauvées, 2 furent soulagées ; 13 enfants naquirent vivants, 2 morts-nés ; sur les 13 enfants vivants, 5 purent être élevés. Mais aucune observation ne signale de placenta prœvia.

Dans la statistique de Vitanza (1) au contraire, on relève 6 cas où les malades mouraient d'hémorrhagie due à des insertions vicieuses du placenta :

4 femmes guérirent ; 2 moururent, l'une aussitôt, l'autre 4 heures après.

5 enfants naquirent vivants ; 3 survécurent, 2 moururent peu après, 1 mort-né.

Au début, avec A. Paré, Guillemeau, Louise Bourgeois, l'hémorrhagie grave était la seule indication de l'accouchement forcé, par conséquent de la dilatation manuelle, mais celle-ci trouva plus tard d'autres applications. Elle fut mise à profit dans l'éclampsie, dans les accidents gravido-cardiaques aigus, dans les affections pleuro-pulmonaires graves, dans l'asphyxie, dans les cas de souffrance fœtale.

Malheureusement, les résultats furent peu favorables. Trop souvent une intervention brutale, intempestive, irraisonnée, contusionnait les organes, déchirait le col ; l'extraction fœtale à travers un orifice incomplètement dilaté provoquait des ruptures utérines ; l'ignorance absolue de l'antisepsie exposait les malades à tous les dangers de l'infection, aussi la morta-

(1) *Del parto forzata nelle donne agonizante. Riforma medica.* Naples, 1892.

lité était-elle énorme! A côté de quelques brillants succès, que de désastres ! L'accouchement forcé tomba dans le discrédit et l'on n'y eut recours que dans des circonstances exceptionnelles.

Il fut repris de nos jours sous une forme nouvelle, heureusement transformée; c'est l'accouchement méthodiquement rapide de Tarnier (1) avec des indications plus générales et des moyens plus sûrs que l'ancien accouchement forcé. Bottiau (1895) et Mortagne (1897) (Paris) en firent le sujet de leur thèse inaugurale.

Il est indiqué toutes les fois qu'il y a urgence de vider promptement la cavité utérine, entre autres dans les hémorrhagies placentaires graves. La dilatation manuelle est encore un des principaux moyens dont dispose l'accoucheur pour dilater vite le col de la matrice. Cette dilatation méthodique, progressive, raisonnée, accomplie selon les règles de la prudence et de l'antisepsie, donne des résultats très encourageants, qui contrastent fort avec ceux que nous révèlent les anciennes statistiques. Aussi Harris, de New-Jersey, Fournier, Bonnaire, Démelin, pour ne citer que ceux-là, l'emploient-ils couramment, à leur grande satisfaction.

Harris (2), chef de service à l'hôpital Paterson (New-Jersey), décrit en 1894 un procédé de dilatation manuelle dont il se servit dans des

(1) *Gazette médicale de Paris*, 17 mars 1894.
(2) Harris. — *Americ. journ. of. obst.* Janvier 1894.

cas de placenta prœvia. Sur 9 cas traités de cette façon, Harris n'eut qu'un échec. Toutes les mères guérirent, 6 enfants naquirent vivants, 3 survécurent.

En 1896, Fournier, d'Amiens, rapporte une observation intéressante (1). Il pratiqua la dilatation manuelle chez une femme épuisée par des hémorrhagies et put la sauver. Dans l'*Obstétrique* du 15 septembre 1898, il préconise ce procédé dans les cas de placenta prœvia, surtout chez les multipares dont le col est facilement dilatable.

Dès 1892, Bonnaire écrivait: « A la dilatation instrumentale il faut préférer, quand elle est possible, la dilatation manuelle. » Mais c'est seulement en 1897 (2) qu'il expose très clairement sa méthode de dilatation bimanuelle et qu'il la spécialise au traitement de l'hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta. Il apporte 3 cas, dont 1 avec grossesse gémellaire; les 3 femmes furent sauvées et deux enfants vécurent.

Démelin (3) se montre partisan de la dilatation manuelle, vante l'excellence du procédé Bonnaire et cite à l'appui de nombreuses observations.

Enfin, pour être complet, il faudrait nommer la plupart des professeurs d'obstétrique, dont l'expérience se trouva aux prises avec des difficultés analogues.

(1) Fournier. — *Archives de gynéc. et de tocol.* Janvier 1896.
(2) Bonnaire. — *Presse médicale*, 14 août 1897.
(3) *Obstétrique*, 15 juillet 1898.

EXPOSÉ & CRITIQUE

DE LA

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La dilatation manuelle comprend deux variétés principales : la première s'exécute avec une seule main, c'est la méthode manuelle des Anciens, de Rizzoli, de Harris ; la seconde s'exécute avec les deux mains agissant simultanément, c'est la méthode bimanuelle de Bonnaire.

Si nous nous en rapportons aux extraits cités plus haut, il semble, dit Bonnaire, que la technique des Anciens ait consisté dans l'emploi d'une seul main agissant sur le col utérin, l'autre main, sans doute, travaillant à maintenir fixé le fond de l'utérus ; l'index seul d'abord puis l'index associé au médius, une fois introduits dans le col, le reste de la main disposé en cône, pénètre peu à peu, en exerçant de petits mouvements de rotation, jusqu'à ce que la couronne des articulations métacarpo-phalangiennes ait franchi l'orifice interne.

Outre la contamination septique de la femme, on risquait de nouvelles hémorrhagies ; la main disposée en cône refoulant le placenta de bas en haut, pouvait produire des déchirures. On

a signalé la déchirure fréquente du col et la désinsertion des attaches utéro-vaginales, mais il fallait alors déployer une force inconsidérée, brutale, et omettre de maintenir le fond de l'utérus à travers les parois abdominales. Un reproche plus fondé est celui de l'insuffisance de la dilatation, aussi l'extraction entraînait-elle parfois la rétention de la tête fœtale ou des déchirures utérines.

Rizzoli (1) explique sa façon d'agir dans les lignes suivantes : « On fait fixer le fond de l'utérus ou on le fixe soi-même de la main gauche. Puis, la main droite glissée dans le vagin, on introduit l'index dans l'orifice du col. Dès qu'il s'est fait un chemin suffisant, on y glisse le médius et, à l'aide de ces deux doigts, on écarte, on dilate l'orifice. Ce résultat obtenu, on introduit les cinq doigts réunis en cône et, s'il s'agit d'une version, la main et le bras. » Sa méthode ne diffère donc pas de celle des Anciens, mais il y mettait moins de force et de violence, plus de précaution et de délicatesse. Qu'il y eût commencement de travail ou non, il parvenait à dilater artificiellement l'orifice utérin ; grâce en effet à la tonicité moindre des tissus, la dilatation était plus facile chez les agonisantes; et, si la femme était déjà morte, il n'avait à se préoccuper que de la vie du fœtus. Pas d'anesthésie; la sensibilité, d'ailleurs, était fortement amoindrie. Avec une grande rapidité

(1) Rizzoli. — *Clin. chirurg., Mémoires de chir. et d'obstétr.*, Traduction Andréini, Paris, 1872.

d'exécution, Rizzoli et ses élèves sauvèrent bien des existences très compromises.

Belluzzi relate un cas où la dilatation fut complète, sans déchirures, en dix minutes.

Tarnier (1) obtint avec le même procédé une dilatation complète en une demi-heure.

Harris (2), de Paterson, dilate le col d'une façon particulière, assez originale. La femme étant anesthésiée, le col est assez perméable pour permettre l'introduction de l'index jusqu'à la base. Si cette condition n'est pas remplie, l'auteur considère la dilatation manuelle comme impossible ; mais l'hémorrhagie due au placenta prœvia augmente la mollesse des tissus et facilite l'opération. L'index introduit est laissé en place quelques instants, on le ramène ensuite un peu en arrière jusqu'à la première phalange, et on glisse le pouce à côté de l'index. Ces deux doigts sont maintenus en place par l'extrémité de l'index recourbé en crochet au-dessus de l'orifice interne. On rapproche le médius de l'index ; la lèvre postérieure du col repose sur l'espèce d'encoche qui sépare ces deux doigts et y prend en quelque sorte point d'appui. Cela fait, on écarte le pouce en avant, aussi loin que possible, et on fléchit l'index. La dilatation est bientôt suffisante pour introduire le médius que l'on fléchit de même, et ainsi de suite pour tous les doigts, de telle sorte que, quand la main

(1) *Archives de tocol. et de gynécol.* 1892, p. 120.

(2) Harris. — *Loc. cit.* — *Journal de médecine de Paris*, 10 février 1895.

est tout entière introduite, elle est dans la même attitude que lorsqu'on veut prendre mesure pour un gant (Mortagne).

Les doigts empiètent à peine sur la paroi intra-utérine, afin de limiter le décollement du placenta et par conséquent de l'hémorrhagie. Inutile de dire que les règles de l'antisepsie sont minutieusement observées. Harris obtint d'excellents résultats, puisque toutes ses malades guérirent et que sur six enfants extraits vivants trois survécurent. Le temps nécessaire à la dilatation complète oscilla entre un minimum de 16 minutes et un maximum de 22 minutes. Chez une primipare, sa main entrait dans l'utérus au bout de 21 minutes.

Bonnaire publia dans la *Presse Médicale* (14 août 1897) son procédé de dilatation bimanuelle. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire sa description : « La femme est anesthésiée profondément et disposée en position obstétricale, les cuisses fléchies au maximum. Dans la grossesse, lorsque le col est fermé à ses deux orifices, condition exceptionnelle dans le cas de placenta prævia, on présente la pulpe de l'index à l'orifice externe et on imprime au doigt un mouvement de vrille. Ce premier obstacle franchi, on aborde l'orifice interne et on le fait céder de la même manière. Dès qu'elle a pénétré dans l'orifice, l'extrémité digitale déprime en tout sens le pourtour, par un véritable massage excentrique; on prend soin, dès le début de la manœuvre, de pénétrer le moins possible

dans la cupule du segment inférieur, pour éviter de décoller les cotylédons du placenta prœvia. Peu à peu les mouvements de l'index deviennent plus aisés, et en un temps variable, selon qu'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare, une place suffisante est faite pour l'introduction du second doigt.

On glisse alors l'index gauche à côté du droit, en ayant soin d'adosser les deux doigts sur toute leur étendue. Si le col est court et, mieux encore, s'il est en voie de dilatation, la mise en place des deux index sur l'orifice interne est des plus faciles. S'il a au contraire conservé toute sa longueur, et si, en même temps, il est haut situé en raison du défaut d'engagement du fœtus, une petite manœuvre complémentaire est indispensable, pour amener les deux pulpes jusqu'à l'orifice interne : on fait abaisser le globe utérin par un aide ; on introduit les deux index dans le col aussi profondément que possible ; on prend appui sur les parois cervicales en les distendant en travers et, en même temps, on les entraîne par en bas. L'une après l'autre, les deux pulpes digitales glissent, par une sorte de reptation, à la rencontre de l'orifice interne à mesure que celui-ci est attiré vers elles, et elles finissent par prendre sur lui une assise solide.

Dès lors, ces deux doigts vont jouer le rôle d'une pince dont on écarterait les mors et dont le pivot répondrait aux articulations métacarpo-phalangiennes adossées l'une à l'autre. La force est exclusivement déployée par les fléchisseurs

des doigts ; les lèvres du col, déprimées en des points diamétralement opposés, prennent la forme d'une boutonnière. On déplace les doigts en différentes directions, de façon à masser et distendre les parois du col en tous sens. La pression digitale doit être lente, soutenue et sans à-coups; elle doit être progressive autant que le permettent la vigueur de l'opérateur et la résistance des tissus ; c'est bien plutôt par la continuité de l'effort que par son énergie qu'on arrive à faire céder le sphincter cervical; on doit le fatiguer, et non pas le violenter. Au cas où la pulpe des doigts perçoit des petits craquements dans l'intimité des tissus, ce qui indique la rupture interstitielle de quelques fibres musculaires, il convient de modérer légèrement l'effort et de changer ses points d'application.

L'orifice s'élargissant, bientôt le médius peut prendre place à côté de l'index de la main droite ; les trois doigts adossés deux à un continuent le même travail jusqu'à ce que le médius de la main gauche puisse pénétrer à son tour. Le col est distendu dès lors par quatre doigts, appuyant deux à droite, deux à gauche; le déploiement de force devient plus considérable et en même temps moins fatigant. On continue ainsi jusqu'à ce que l'auriculaire de l'une puis de l'autre main puissent être introduits à côté des autres doigts. A partir de ce moment, les deux mains ont une prise assez solide sur le col pour en achever la dilatation ; toujours adossées par les articulations métacarpo-pha-

langiennes, elles écartent les lèvres du col en agissant successivement dans la direction des divers diamètres du bassin. Dès que les doigts peuvent les amener simultanément en contact avec les parois opposées du bassin, la dilatation est aussi complète que possible. »

Ce procédé nous paraît de beaucoup le meilleur et c'est lui que nous emploierons de préférence. Il permet de déployer une force considérable sans se départir de la plus grande douceur, de proportionner, sans fatigue, l'effort à la résistance des tissus. La sensibilité exquise de la pulpe digitale, bien supérieure à celle de la face dorsale, est particulièrement apte à effectuer et à contrôler le travail de la dilatation. Il est bon de couper son intervention par des pauses, non pas seulement pour ménager ses forces, mais surtout pour imiter, autant que possible, le travail physiologique. On obtient alors une dilatation plus complète et plus rapide qu'avec la simple dilatation manuelle. Le procédé Bonnaire a été employé chez des multipares et aussi chez des primipares, qu'il y ait commencement de travail ou non. Dans ce dernier cas, la difficulté était évidemment plus grande; la durée totale de son intervention n'aurait pas dépassé un quart d'heure.

AVANTAGES, COMPARAISON

AVEC LES AUTRES PROCÉDÉS RAPIDES

Si la dilatation manuelle n'est pas le procédé de choix dans les cas ordinaires, elle peut rendre des services précieux dans certaines circonstances, aussi compte-t-elle des partisans convaincus. « A nos yeux, dit Eliot (1) de Chicago, nos doigts sont le meilleur et le plus sûr des instruments, parce que la force employée est active, permet l'appréciation de ce qui est fait et est entièrement soumise à la volonté du chirurgien. La main est douce, apprécie les progrès de la dilatation, peut se rendre compte du relâchement d'un orifice rigide, reconnaître les déchirures du col et préserver intactes les membranes. Ces avantages ne peuvent être invoqués en faveur d'aucun des instruments communément employés. »

Avec la dilatation manuelle, point n'est besoin d'un outillage spécial, et ce fait a son importance. Dans une clinique ou un service hospitalier, l'instrumentation est complète, tout est prévu, des aides intelligents et nombreux sont prêts à seconder l'opérateur, l'intervention est

(1) Eliot. — Accouchement forcé in Certain obstetrical complications. *J. amm. ass.*, Chicago, 1893, XXI, 342.

donc facile et les moyens d'agir multiples. Mais dans la clientèle courante, le praticien ne possède pas toujours cette instrumentation ou ne l'a pas sous la main au moment voulu ; abandonné à ses seules ressources, dans un milieu plus ou moins défectueux, il s'efforce, comme il peut, de parer à la situation.

Les dangers de la dilatation paraissent avoir été exagérés.

L'infection sera facilement évitée si l'on observe minutieusement les règles d'usage. On conviendra en effet que la parfaite asepsie des doigts est au moins aussi facile que celle d'un instrument comme le ballon Champetier de Ribes.

Ce que lui reprochent surtout ses détracteurs, c'est d'exposer aux déchirures du col. Cet accident n'est pas plus fréquent avec la dilatation manuelle bien faite qu'avec un autre procédé. Si nous parcourons les vingt-huit observations que nous avons pu recueillir, nous ne relevons que deux déchirures du col utérin. L'une est bilatérale mais n'intéresse pas les culs-de-sac (observation XVII), l'autre est unilatérale et sans gravité (observation XXI). Ne signale-t-on pas le même accident avec l'emploi du ballon Champetier de Ribes, du colpenrynter, à plus forte raison des écarteurs métalliques ? L'application douce et consciente de la pulpe des doigts sait graduer son effet selon les modalités de la résistance du col et produit rarement des lésions.

L'hémorrhagie, au cours de la manœuvre, est exceptionnelle et sans gravité (observation XIII), grâce à la façon, recommandée par Harris et Bonnaire, d'appliquer l'extrémité des doigts sur la paroi utérine.

La dilatation manuelle a, sur les autres procédés, un avantage énorme, surtout dans les circonstances où nous l'envisageons : c'est la rapidité de son exécution, bien supérieure à celle des autres procédés. Qu'il s'agisse de la méthode Rizzoli, de la méthode Harris ou de celle de Bonnaire, les observations nous montrent que le temps nécessaire à la dilatation complète, varie de dix à trente minutes. Si la dilatation est commencée, la tâche de la main sera facilitée, mais dans les observations VIII, XII, XIII, nous pouvons constater que, malgré l'absence de travail, la dilatation fut complète en dix minutes. Cette rapidité opératoire, qui préserve la mère, donne aussi des chances de sauver l'enfant.

Au point de vue statistique, nos observations ne signalent aucun décès maternel, mais la mortalité fœtale est élevée : elle est de 16 pour 28, par conséquent de 61,75 pour 100. Une telle mortalité reconnaît des causes multiples, c'est l'asphyxie due au décollement placentaire, la déchirure du placenta, les présentations vicieuses, la procidence du cordon dix fois plus fréquente que d'habitude, la naissance prématurée de l'enfant qui se produit dans la moitié des cas. Puisque la vie de l'enfant est fortement

compromise d'avance, on doit consulter, avant tout, les intérêts de la femme et rechercher son salut. Nous ne prétendons point baser des conclusions absolues sur une statistique aussi restreinte que la nôtre, mais nous sommes heureux de constater, sur 28 cas recueillis, une mortalité maternelle réduite à zéro. Plusieurs suites de couches furent fébriles, mais la convalescence fut rapide.

L'emploi du ballon Champetier de Ribes a déjà rendu d'immenses services dans les cas d'hémorrhagies placentaires et l'accélération du travail, mais il n'est pas exempt de critiques. La dilatation artificielle à l'aide de ce ballon exige une durée moyenne de 3 à 6 heures; Démelin (1) indique le procédé suivant pour l'obtenir en une heure à une heure et demie : Après la rupture des membranes, on introduit dans l'utérus un ballon incomplètement rempli avec 400 grammes de liquide ; on achève de le gonfler puis on le dégonfle dans le col pour simuler le jeu de la poche des eaux ; on a soin en même temps de tirer ou de faire tirer légèrement sur le tube qui termine le ballon. Mais le ballon Champetier n'est pas toujours d'une application facile, même entre des mains expérimentées ; chez certaines primipares, dont le col est peu perméable, la difficulté est plus grande encore. Parfois il se déchire, ainsi que nous l'avons vu à la Maternité, lorsqu'on le gonfle ou qu'on fait des tractions sur le tube

(1) Démelin. — *Archives de gynéc. et tocol.*, nov. 1895, page 801.

qui le termine. Il repousse la partie fœtale qui se présente et rend plus fréquentes les présentations transversales, déjà favorisées par le placenta prœvia; la dilatation manuelle au contraire peut s'exercer impunément dans les engagements profonds. Enfin l'hémorrhagie peut persister, puisque nous citons un cas (observation VII) où il fallut achever la dilatation avec les doigts. Tarnier (1) a rassemblé 48 cas où les ballons Champetier furent employés dans le traitement des hémorrhagies placentaires; on constate 4 décès maternels et 28 enfants mort-nés, ce qui donne le pourcentage suivant : mortalité maternelle, 8.83 pour 100; mortalité infantile, 58,33 pour 100.

La colpenrynter, employé en Allemagne, ressemble beaucoup, comme volume, comme emploi et comme action, au ballon-Champetier. Dührssen (2) s'en servit avec succès, et sur 6 observations, il eut 6 femmes guéries et 1 enfant mort-né. Küstner (3) de Breslau traita par le même procédé 22 cas et obtint 11 enfants vivants. Le temps nécessaire à la dilatation varia de un quart d'heure à trois heures, suivant l'état du col.

Bossi (4) de Gênes est l'inventeur d'un dilatateur métallique dont il exposa le mécanisme et

(1) Tarnier. — *Traité de l'art des accouchements*, tome III, 1898, page 647.

(2) *Semaine médicale*, 1894, p. 260.

(3) *Bulletin médical*, 1897, p. 662.

(4) *Obstétrique*, 15 juillet 1896.

la technique opératoire, devant la *Société obstétricale de France* (avril 1896). Son instrument servit dans 11 cas de placenta prœvia central et 14 fois pour des placentas prœvias marginaux ; d'après son auteur, il peut :

1° Etre appliqué avec sûreté même dans un col non encore raccourci et fermé, comme il peut arriver chez une primipare ;

2° En l'employant, l'accoucheur est certain d'obtenir une dilatation suffisante pour pratiquer l'extraction du fœtus à terme et bien développé ;

3° Il donne aussi à l'opérateur la certitude de pouvoir obtenir la dilatation à volonté, dans un temps plus ou moins long, et dans les cas très graves, cette dilatation peut même être obtenue en quinze ou vingt minutes. On peut faire varier la longueur du temps selon la gravité des cas.

Le dilatateur serait donc d'une grande puissance, mais il est volumineux, d'un emploi peu courant, rappelle l'accouchement forcé et nous paraît dangereux à cause de la force énorme qu'il peut déployer pour vaincre si vite la résistance du muscle utérin.

L'écarteur Tarnier, que nous tenons à citer, est contre-indiqué dans les cas de placenta prœvia. Il faut que le col soit perméable et entr'ouvert pour permettre son application, la dilatation qu'il produit est incomplète et met un temps variable à s'effectuer, enfin la pression forte et continue exercée sur deux ou trois points amène assez souvent des lésions ou des déchirures de la paroi.

INDICATIONS

ET CONTRE-INDICATIONS

Nous ne voulons point parler ici des indications de la dilatation manuelle dans l'éclampsie, les accidents gravido-cardiaques, les affections pleuro-pulmonaires, etc..., mais seulement dans l'hémorrhagie placentaire grave. Lorsque, chez une femme à terme ou à peu près, l'écoulement sanguin persiste abondant, après la rupture des membranes, que la vie de la malade est en danger, qu'une nouvelle hémorrhagie équivaudrait à une mort presque certaine, nous conseillons de recourir à la dilatation manuelle. Ou bien quand le médecin, appelé souvent trop tard, trouve la femme affaiblie, anémiée par des pertes considérables, il cherchera avant tout à éviter le retour de l'hémorrhagie, et, pour cela, il dilatera manuellement l'orifice utérin pour pratiquer l'accouchement rapide. S'il ne dispose pas d'un outillage spécial il n'hésitera pas un instant sur le choix du procédé.

Les ballons Champetier peuvent faire défaut, peuvent se rompre sans qu'on en trouve d'autres de rechange ; quelquefois ils sont insuffisants, non seulement pour une dilatation complète mais pour l'arrêt de l'hémorrhagie (observa-

tion VII). Pinard (1), dans une de ses dernières leçons, conseille après la rupture des membranes, l'introduction dans l'utérus d'un ballon incompressible, c'est-à-dire du ballon Champetier de Ribes ; si celui-ci fait défaut, on le remplace par la main. « Faites jouer à la main, dit-il, le rôle du ballon. Dilatez avec les doigts d'abord, puis avec la main, constamment, mais sans provoquer de lésions de l'orifice. »

Bonnaire va plus loin, et il propose d'emblée la dilatation manuelle et l'accouchement méthodiquement rapide, comme traitement de choix dans les formes graves de placenta prævia. C'est ainsi qu'on aura le plus de chance de sauver avec la mère son enfant, si ce dernier est encore vivant, et l'on aura le bonheur de confirmer les paroles de Levret : « L'excellence de l'art de l'accoucheur consiste à sauver deux individus à la fois. » Des modifications importantes dans le rythme et les battements cardiaques du fœtus, la présence de méconium dans le liquide amniotique indiqueront une intervention immédiate, une accélération de l'accouchement, si l'on veut « arriver à temps ». Nous avons vu qu'il suffit d'une moyenne de 10 à 30 minutes pour dilater complètement le col. Cette dilatation, plus facile que normalement, est favorisée par la mollesse du tissu utérin, par une imbibition sanguine plus

(1) Pinard. — *Clinique obstétricale*. Leçon faite le 2 mai 1898.

grande du col, par l'état de faiblesse de la femme qui oppose une résistance moindre à la pression des doigts, par la chloroformisation qui place les muscles dans un état de résolution plus ou moins complète.

Le placenta prœvia se rencontre presque toujours chez les multipares et c'est chez ces dernières, dont le col reste entr'ouvert, que la dilatation manuelle est le plus commode, le plus rapide. Cependant elle fut employée chez des primipares, mais la tâche est plus longue, plus laborieuse, surtout chez les primipares âgées. Dans l'observation XV, la dilatation était déjà commencée, tandis que, dans l'observation XXII, le col ne permettait que l'introduction de l'index.

La dilatation manuelle doit elle être employée indifféremment chez des femmes en travail ou non en travail? Elle fut mise à profit dans les deux cas, ainsi qu'il résulte de nos observations. Mais la difficulté à vaincre n'est pas la même. En l'absence de tout travail, on peut réussir à dilater le col, mais avec plus de peine et de temps ; c'est à l'orifice interne que l'on s'attaque et il résiste en général avec assez de force. Si le col est en voie d'effacement, tout l'effort porte sur l'orifice externe, celui-ci cède vite et sans danger ; quand les contractions ont commencé la dilatation, une partie de la besogne est déjà faite. Donc, quand le col est déjà partiellement dilaté ou simplement dilatable, la méthode manuelle est tout indiquée. Pour

se rendre compte de la dilatabilité du col, Bonnaire (1) indique un moyen sûr et pratique qui est le suivant : la femme étant dans la position obstétricale, on introduit dans le col l'extrémité des deux index simultanément, ou, pour aller plus loin, celle de l'index et du médius de chaque main, en accolant dos à dos les deux ou les quatre doigts ; puis on porte en même temps les pulpes digitales à droite et à gauche, dans la direction du diamètre transverse. Si les index amènent les bords du col en contact avec les parois pelviennes, la dilatation est complète.

Quand l'insertion vicieuse du placenta est marginale, la rupture des membranes, la dilatation manuelle sont faciles ; mais il n'en est pas de même dans les insertions centrales, complètes ou incomplètes. Dans ces cas, il est préférable de décoller rapidement le bord du placenta du côté où il anticipe le moins sur le segment inférieur, puis de rompre les membranes, et non pas de perforer directement le placenta. (Observations XII, XIII.)

On risque en effet de léser les vaisseaux du cordon et de produire, si la perforation n'est pas suffisamment large, un décollement placentaire considérable, lors de l'expulsion fœtale.

Il est des contre-indications à la dilatation manuelle. Si la femme est d'une faiblesse extrême et dans un état d'anémie grave aiguë,

(1) *Guide pratique des sciences médicales*, 1891, p. 1013.

il faut attendre. La moindre intervention, un choc traumatique léger, la déplétion brusque de l'utérus, l'action du chloroforme très sensible sur des personnes débilitées, pourraient causer une syncope, et même une issue mortelle. Maygrier, dans ses *Leçons de clinique obstétricale* (1893), signale des cas de mort subite survenus dans des circonstances analogues. On tiendra la femme étendue, immobile, la tête un peu basse, on fera des injections vaginales très chaudes, on tamponnera, mais surtout on injectera, à dose massive, du sérum artificiel; ce dernier produit de véritables résurrections. On administrera des toniques, du champagne, de l'alcool, en attendant *que l'état général de la malade devienne plus satisfaisant*. M. le professeur agrégé Schuhl a publié à ce sujet une observation typique (1).

La rigidité du col est parfois un obstacle à la dilatation manuelle. Cette rigidité peut être spasmodique, anatomique, cicatricielle ou pathologique.

La rigidité spasmodique est rare, sans gravité, elle se remarque chez les personnes nerveuses, après la rupture des membranes ou après usage d'ergot de seigle, et cède sous l'influence de grands bains chauds, de lavements laudanisés, du chloroforme.

La rigidité anatomique du col est un état caractérisé par son peu de dilatabilité, par ses

(1) *Revue médicale de l'Est*, janvier 1897.

bords épais, durs, infiltrés secondairement mais sans lésions pathologiques (1). La dilatation manuelle est lente, difficile ; on peut recourir à un dilatateur mécanique ; quelquefois des incisions multiples et peu profondes sur le col sont nécessaires. Les conditions et les interventions sont à peu près identiques dans la rigidité d'origine cicatricielle, consécutive à un accouchement antérieur, à une opération chirurgicale ou encore à une métrite ancienne.

Pour les lésions cancéreuses ou syphilitiques, causes de la rigidité du col, les indications varient suivant l'étendue de ces lésions. Si celles-ci sont limitées, on fera sur les parties saines et, s'il le faut, dans les tissus morbides, des incisions en collerette, multiples et peu profondes, puis on essaiera la dilatation artificielle. Lorsque des lésions plus vastes ont envahi tout le col, la dilatation artificielle devient impossible, le travail s'éternise et la malade épuise ses forces. Il faut intervenir autrement. Si l'enfant est mort ou non à terme, on essaiera de l'extraire par l'embryotomie ; si l'enfant est vivant et viable, la situation est très délicate, c'est à la conscience et à l'expérience de l'accoucheur de décider.

(1) Wallich. — *Soc. obstétr. de France*, 1893, 2e vol., 1er fascicule.

Observation I

Portal (1). — De l'accouchement d'une femme en danger de sa vie à cause d'une perte de sang.

Un mercredi, vingt-quatrième jour du mois d'août 1672, je fus appelé aux Halles, dans la rue de la Cordonnerie, pour accoucher la femme d'un de mes confrères, que je trouvais en danger de perdre bientôt la vie, à cause d'une perte de sang qui était fort considérable et qui l'avait entièrement épuisée de ses forces.

MM. Nikebœuf, de Mersennes, Akakia et Buci, tous quatre habiles et fameux docteurs de la ville de Paris, l'obligèrent de recevoir tous les sacrements; après quoi ces messieurs me dirent de travailler et de tâcher de sauver la malade du péril où elle était, n'y ayant que ma main après Dieu qui lui pût sauver la vie, et, pour cela, je graissai mes doigts et ma main avec de l'huile, ensuite je portai mes doigts jusqu'à l'orifice interne de la matrice, que je sentis être dilatée en rondeur et en largeur de 7 à 8 lignes. Je fis connaître cette rondeur avec mes doigts à ces messieurs qui étaient auprès de la malade.

J'introduisis mes doigts, index, médius et annulaire, et, les séparant les uns des autres, je dilatai cet anneau ou orifice interne en introduisant ces trois doigts l'un après l'autre et, ayant passablement dilaté, je glissai mon pouce et mon petit doigt à la faveur des trois autres, et avec iceux je formai une sorte de speculum matricis en

(1) *La pratique des accouchements, soutenue d'un grand nombre d'observations* (1685).

les écartant doucement les uns des autres. J'ouvris cet anneau en telle sorte que je n'eus point de peine à porter ma main vers le fond de la matrice où, en la glissant, je sentis le placenta qui environnait au dedans l'orifice interne, ce qui était la cause de la perte de sang, parce que lorsque l'ouverture de l'anneau se faisait, le placenta qui se trouvait contigu à cet orifice, à cause de quelque contiguïté qu'il avait avec la matrice, à l'endroit où il est adhérent, cet orifice venant à s'ouvrir, il se divisait, et en même temps les vaisseaux venant à se diviser, cela fait que la malade se perdait en abondance et si elle n'est promptement secourue, elle allait mourir. Je glissai ensuite mes doigts vers la partie interne et postérieure de la matrice, après avoir séparé le placenta, pour trouver les membranes qui étaient pleines de ses eaux et pour lui donner jour, en les ouvrant avec mes doigts et en les trouant elles s'écoulèrent, quoique les orifices fussent occupés par ma main. Cela me donna beaucoup de facilité pour pouvoir joindre les pieds de l'enfant. J'en pris un avec mes doigts, que je tirai le plus promptement qu'il me fut possible dehors les dits orifices et je l'ondoyai sous conditions sur ce pied, puis je l'enveloppai d'un linge et je tirai sur ce pied et la jambe que j'amenai dehors jusqu'aux fesses. Alors j'observai la situation de l'autre cuisse et de la jambe, que je reconnus être pliée sur le ventre, car si elle avait été écartée postérieurement, j'aurais été obligé de repousser les fesses pour dégager l'autre jambe et la cuisse, où indispensablement elle se serait rompue.

Mais la sentant dans la situation que j'ai dit, je tirai hardiment et sans crainte l'autre jambe et le reste du

corps jusqu'aux épaules, que je dégageai en plaçant ma main gauche sur le sternum de l'enfant et la droite sur la nuque ; par ce moyen je tirai l'enfant qui était très faible à cause de l'énorme perte de sang de la mère et aussi parce qu'il avait fort souffert à travers le col, qui n'est pas aussi ouvert que quand les choses viennent naturellement.

Quant à l'arrière-faix, il ne me fit nullement de peine à tirer, parce que je l'avais déjà séparé dès l'ouverture que j'avais faite de l'orifice interne de la matrice. Mon confrère croyait bien que son enfant était mort et, l'ayant tiré, je priai la sage-femme de le mettre auprès du feu et l'arrière-faix dans un poellon plein de vin qui était sur le feu, qui tenait encore par son nombril au ventre de l'enfant.

On lui souffla du vin pur aux yeux, au nez, aux oreilles et autres parties de la face. Nous l'enveloppâmes dans un linge trempé dans du vin chaud et nous lui appliquâmes continuellement de l'ognon écrasé à la bouche et au nez, et de moment à autre des linges trempés dans du vin chaud sur les bourses, parce que c'était un garçon, et par ces remèdes nous le fîmes revenir se portant bien et la mère aussi.

Observation II

Année 1896. — Maternité de Nancy.

Placenta prœvia central. — Hémorrhagie. — Trois tamponnements. — Rupture artificielle des membranes. — Hémorrhagie. — Dilatation manuelle. — Version. — Délivrance artificielle. — Enfant vivant. — Guérison de la mère.

Marie C..., femme F..., piqueuse en chaussures, âgée de 37 ans, Xpare.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Ne se souvient pas de l'âge auquel elle a marché.

Réglée pour la première fois à 17 ans. Les époques sont irrégulières et durent de 2 à 8 jours.

Fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans.

Des 9 grossesses antérieures, 8 ont été normales et à terme.

La troisième a été une fausse couche de 3 mois 1/2. Les enfants nés lors des septième et huitième grossesses sont morts. 3 enfants sont encore vivants.

Grossesse actuelle. — La fin des dernières règles remonte au 4 février. La date probable du terme serait donc le 9 novembre. (Comme la femme n'est accouchée que le 13 décembre d'un enfant du poids normal, peut-être y a-t-il eu erreur dans la date des dernières époques, ou conception dans les jours qui ont précédé le moment des premières règles qui ont manqué.)

La femme a eu des varices des membres inférieurs ; elle avait souvent les jambes enflées. De temps à autre, leucorrhée. Pas de troubles sympathiques.

Il y a 15 jours, à 2 heures du matin, perte très abondante pendant le sommeil. L'hémorrhagie s'est arrêtée quand la femme s'est levée.

Le 7 décembre, à 5 heures du soir, pendant qu'elle était assise, nouvelle perte. La femme entre à la Maternité le lendemain 8 décembre, à 11 heures du matin. Comme elle ne perd pas à ce moment et qu'il se trouve ce jour-là un grand nombre de malades dont on doit s'occuper, on la fait coucher dans une salle.

Le lendemain matin, en l'interrogeant, on apprend que les deux premières hémorrhagies sont survenues sans douleur. Le palper fait percevoir une tête non engagée qui a une tendance à gagner la fosse iliaque gauche ; le dos est à gauche, les battements fœtaux, un peu sourds, s'entendent du même côté.

Au toucher, on trouve un col entr'ouvert, au niveau de l'orifice interne duquel on sent une partie rugueuse, dépressible, qui donne la sensation de cotylédons placentaires ; ces cotylédons se sentent sur tout le parcours du col ; on a donc affaire à un placenta prœvia central. Cependant, en touchant dans les culs-de-sac, on sent qu'il n'y en a qu'un réellement épais, le droit ; du côté gauche, le doigt perçoit la tête facilement à travers le segment inférieur normal. Il y a donc surtout anticipation du placenta sur le côté droit du segment inférieur et la rupture des membranes, que l'on a faite plus tard, a montré que le placenta avait envahi la partie postérieure du segment inférieur plus que l'antérieure ; on ne sent pas l'angle sacro-vertébral ; le doigt retiré est couvert de sang.

On surveille un instant, et ne voyant rien sourdre, on quitte la femme pendant la visite. Environ une demi-

heure après, au moment où M. le Professeur Herrgott s'apprêtait à toucher, il s'aperçoit que les draps sont maculés de sang, il se rend compte de l'existence du placenta prœvia et ordonne de transporter la femme à la salle de travail, où elle doit être tamponnée. Il est 10 heures du matin. On place donc le tampon, consistant en boulettes de coton hydrophile imbibées de sublimé, exprimées et enduites de vaseline boriquée.

Ce premier tampon est enlevé à 8 heures du soir ; avant de le retirer, on en a préparé un autre pour le cas où l'hémorrhagie continuerait. Les boulettes retirées sont peu imprégnées de sang ; les premières même ont conservé la teinte bleuâtre que leur a donné le sublimé. Les dernières boulettes extraites, on fait une injection vaginale, après laquelle le sang continuant à couler et les contractions utérines ne se montrant que d'une façon insuffisante, on retamponne.

Ce second tampon reste en place jusqu'au lendemain matin à 9 heures, on fait suivre son extraction d'une injection vaginale. A la suite de ces deux tampons, il faut dire que les parois vaginales présentent un certain degré de meurtrissure et offrent une surface saignante.

Comme l'hémorrhagie paraît arrêtée, on laisse la femme au repos et pendant le reste de la journée du 10, celles du 11 et du 12, aucun écoulement ne se produit.

Dans la nuit du 12 au 13, la femme a quelques douleurs, et le 13, à 6 heures du matin, elle perd de nouveau. On retamponne après injection vaginale à l'eau boriquée.

Sous l'influence de ce nouveau tampon, la femme a quelques contractions qui se montrent sérieuses à partir de 1 heure 1/4 de l'après-midi.

A 3 heures, après avoir appris que la femme avait eu des contractions et s'être rendu compte par lui-même qu'elle en avait réellement, M. le Professeur Herrgott fait enlever le tampon dont les boulettes se trouvaient tachées de sang à la superficie, le centre étant à peu près indemne.

Les dernières extraites, on voit que celles qui étaient dans le col étaient recouvertes de caillots assez volumineux.

Le col a toute sa longueur, mais il est entr'ouvert assez largement. Sur l'ordre de M. Herrgott, on rompt les membranes largement en avant sans retirer la main du vagin, pour que le liquide amniotique ne s'écoule que lentement.

La tête, pendant la rupture, est maintenue au-dessus du détroit supérieur, et, l'opération terminée, on la sent, fermant la lumière du col.

Sous l'influence de la rupture, le bord placentaire où l'on a déchiré les membranes n'a plus de soutien et tombe flottant dans le col ; on le sent surtout à la partie postérieure et à droite, car on a rompu en avant.

Malgré la présence de la tête appliquée sur le placenta, l'hémorrhagie continue.

Comme le col paraît vouloir se laisser dilater, M. le Professeur Herrgott décide qu'il faut pratiquer la version podalique, pensant faire avec le siège un meilleur tampon et surtout arriver plus rapidement au résultat désiré, l'évacuation de l'utérus. Le fœtus se trouvant placé en OIG, les petites parties à droite, on introduit d'après la règle la main gauche dans le vagin, *on dilate lentement le canal cervical, qui laisse facilement passer cette main* avec laquelle, dans l'intervalle des contrac-

tions, on va à la recherche des deux pieds. L'évolution se fait alors que l'utérus est au repos ; l'extraction n'est pas difficile ; elle est accompagnée d'une procidence du cordon, où l'on perçoit des battements pour lesquels on précipite un peu les choses, tenant à avoir un enfant vivant. On dégage d'abord le bras antérieur, puis le postérieur, on fait la manœuvre de Mauriceau et on donne ainsi le jour à un enfant en état de mort apparente, qui a été ranimé par les moyens ordinaires : extraction des glaires, tractions rythmées, bain chaud avec projection d'eau froide. On le place dans la couveuse. C'est un garçon, qui pèse 3,170 grammes.

Pendant tout ce temps, un aide pratique la délivrance artificielle, dont la difficulté a consisté surtout dans le décollement des membranes. On irrigue largement le segment inférieur au moyen d'une injection chaude au permanganate de potasse.

Après la délivrance on fait une injection sous-cutanée d'ergotine Yvon de 1 centimètre cube, une première injection de sérum artificiel, de 500 grammes, à 40 degrés environ, qui a été renouvelée une heure et quart après.

A 5 heures 1/4, la femme n'a pas encore perdu ; l'utérus est bien rétracté, le pouls est bondissant, assez dépressible, régulier à 112.

A 6 heures, même état. La rupture a été faite au niveau du bord placentaire. Le délivre est complet.

L'enfant, allaité par la nourrice pendant deux jours, a pris le sein de la mère le troisième et depuis a été nourri par elle. On lui donne en outre un supplément de lait stérilisé.

La femme sort guérie le 13e jour. L'enfant pèse à ce moment 3,460 grammes.

Observation III.

Année 1897. — Maternité de Nancy.

A I D de l'épaule droite. — Rupture prématurée spontanée des membranes. — Hémorrhagie. — Col non dilaté, mais dilatable avec la main. — Version. — Délivrance artificielle. — Guérison de la mère. — Mort de l'enfant.

Mme C..., âgée de 42 ans, commerçante en chiffons. XIpare.

On ne sait rien de ses antécédents héréditaires et personnels. Tout ce qu'on sait, c'est que dans la septième grossesse, l'enfant se présentait par l'épaule. On a pratiqué la version et extrait l'enfant, qui vit. La huitième grossesse a été normale. Pendant la neuvième, le fœtus est mort.

Grossesse actuelle. — Fin des dernières règles dans les premiers jours de juin. Le 7 janvier, lors de son entrée à la Maternité, la femme est donc enceinte de 6 mois 1/2.

Le 31 décembre, elle a eu un frisson suivi de la perte des eaux, pendant qu'elle était dans son lit. Elle évalue leur quantité à un litre environ. Depuis ce moment-là elle perd continuellement des eaux petit à petit, sans répit. Presque tous les jours elle a eu des frissons.

Depuis 4 jours elle tousse et elle a du coryza ; depuis ce moment, anorexie.

Le fond de l'utérus remonte à peine au niveau de l'ombilic ; son grand diamètre est plutôt transversal.

Au toucher, le col a toute sa longueur ; il est entr'ou-

vert, un petit caillot se trouve au-dessus de l'orifice interne. La femme perd un peu de sang depuis hier 6 janvier.

Les battements fœtaux sont bons.

A l'auscultation, on trouve des ronchus et des sibilances ; l'expiration est prolongée dans la fosse sus-épineuse droite.

Le 8 janvier, on sent au toucher à travers le col le bord épaissi du placenta inséré sur le segment inférieur.

Les battements sont bons.

Le 9 janvier, à 2 heures 1/2 du soir, la femme ressent un frisson après lequel la température remonte à 39°5. Le pouls est à 128. Elle perd. On se dispose à placer un ballon de Champetier quand on remarque que *le col, quoique non effacé, est très dilatable. Trois doigts y sont engagés, puis quatre, puis la main.* On rompt largement les membranes au niveau du bord placentaire, c'est-à-dire en avant, le placenta se trouvant inséré sur la paroi postérieure et son bord affleurant l'orifice interne ; ce bord, d'ailleurs, était décollé.

La main étant dans l'utérus, on se rend compte de la position du fœtus et on reconnaît une A I D de l'épaule droite, dos en arrière. On recherche le pied supérieur, qu'on saisit par le jarret ; on l'abaisse, on extrait lentement l'enfant, qui est mort après avoir fait quelques inspirations. C'est un garçon pesant 950 grammes.

Après l'expulsion fœtale, la femme continue à perdre ; on pratique la délivrance artificielle, qui amène l'arrière-faix complet, sauf la caduque ; on en retire toutefois de grands lambeaux après coup. Le délivre pèse 350 grammes. On fait suivre la délivrance d'une injection intra-utérine iodée.

La température de la femme est en ce moment de 39°5.

Le placenta était fétide à l'endroit du décollement. A l'examen bactériologique, on y trouve du pneumocoque.

Le 10 janvier, la température est devenue normale et est restée au-dessous de 37° jusqu'au 13e jour, jour où la femme est sortie.

Observation IV (personnelle)

Placenta prœvia. Hémorrhagie persistante. – Dilatation manuelle. — Rupture des membranes et manœuvre de Braxton-Hicks. — Délivrance artificielle. — Guérison de la mère. — Mort de l'enfant.

Madame M. L., secondipare, est enceinte de 7 mois environ. Dans la nuit du 1er au 2 février 1898, elle perd beaucoup de sang et de l'eau, mais n'a ressenti aucune douleur. Une hémorrhagie légère persiste toute la journée mais devient plus considérable le soir. On mande le médecin vers 10 heures. Celui-ci trouve une femme pâle dont le pouls est assez bon ; on lui montre de nombreuses alèzes imprégnées de sang. De la vulve s'échappe un filet hémorrhagique continu. En palpant l'utérus relâché, on ne trouve au-dessus du pubis aucune partie fœtale, la tête se sent dans l'hypochondre droit, le siège dans l'hypochondre gauche. Les battements s'entendent très sourds, sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic. Au toucher, on trouve de nombreux caillots dans le vagin, on les extrait. Le col entr'ouvert a encore presque toute sa longueur. Des injections chaudes et

prolongées au permanganate de potasse diminuent l'écoulement sans le tarir. Le premier toucher n'ayant presque rien appris, on en pratique un second. Avec deux doigts on arrive à travers l'ouverture du col sur des membranes rugueuses et flasques et sur une masse épaisse, flottante, située à droite et en avant, qui paraît être un cotylédon détaché. On sent à travers les membranes une petite partie fœtale dont on n'arrive pas à déterminer la nature, tant elle est élevée. On fait de nouvelles injections chaudes permanganatées, l'hémorrhagie persiste. On s'apprête à introduire un ballon dans le col, mais on s'aperçoit que *celui-ci se laisse dilater. On songe alors à pratiquer la dilatation manuelle ; pour ce faire, on introduit la main dans le vagin et successivement quatre doigts dans le col.* C'est tout ce à quoi on peut arriver, il est impossible d'engager entièrement le pouce. On rompt alors les membranes assez difficilement, puis on a recours à la manœuvre de Braxton-Hicks. On abaisse un pied à la vulve et on applique sur lui un lacs que l'on confie à un aide. Celui-ci exerce des tractions légères et continues, pendant qu'on surveille.

On arrive ainsi à engager le siège dans le col et à faire avec lui un excellent tampon ; à partir de ce moment en effet, l'écoulement s'est arrêté. Il n'existe aucune procidence et pourtant on n'entend plus les battements. On laisse aux contractions utérines, qui ne tardent pas à se montrer, le soin d'achever la dilatation. Il est alors une heure du matin ; à 3 heures la dilatation est complète, le siège est sur le plancher du bassin, la femme pousse et on lui vient en aide en dirigeant ses efforts. L'ombilic apparaît bientôt à la vulve avec le cordon sans battement, on extrait facilement les bras,

mais on est obligé d'attendre un peu pour l'extraction de la tête. Elle finit par se dégager du col sous l'influence des contractions utérines et de tractions douces mais continues.

On pratique la délivrance artificielle. Le placenta est complet, ainsi que les membranes ; celles-ci se trouvent rompues près du bord.

Suites de couches normales.

Observation V (personnelle).

Placenta prœvia. Hémorrhagie. — Rupture des membranes. L'hémorrhagie continue. Dilatation manuelle. — Manœuvre de Braxton-Hicks. — Guérison de la mère. — Mort de l'enfant.

Il s'agit d'une multipare, enceinte de 7 mois. Un jour, elle s'aperçoit, à son réveil, qu'elle perd une grande quantité de sang ; elle fait appeler une sage-femme, celle-ci trouve une dilatation comme un franc, et, sans remarquer l'insertion du placenta sur le segment inférieur, rompt les membranes. L'hémorrhagie continue ; on mande alors un médecin qui trouve un placenta marginé, dont plusieurs cotylédons décollés flottent dans le col. Le fœtus se présente transversalement, la tête dans l'hypochondre droit, le siège dans la fosse iliaque gauche ; les battements sont sourds et s'entendent un peu à droite, au-dessous de l'ombilic. L'écoulement sanguin persistant, on s'apprête à placer un ballon dilatateur, mais on remarque que *le col se laisse dilater ; on y introduit en effet successivement quatre doigts et la dernière phalange*

du pouce. On fait un Braxton-Hicks; la mobilisation du siège et la saisie du pied sont difficiles ; on y arrive cependant, et avec le pied abaissé dans le vagin, on engage le siège dans l'orifice utérin et l'on constitue ainsi un excellent tampon. On laisse aux contractions utérines le soin d'achever l'œuvre commencée. Les douleurs se montrent peu après coup sur coup, le siège appuie sur le périnée, et l'extraction est facile ainsi que le dégagement des bras et de la tête.

L'enfant était mort. Suites de couches normales.

Observation VI

Albuminurie du travail; écoulement prématuré du liquide amniotique; procidence du cordon au cours de la version podalique; surtout placenta prœvia avec hémorrhagies graves. Dilatation manuelle, version précipitée et délivrance, — Guérison de la mère. — Mort de l'enfant.

Une femme de 36 ans, ayant déjà accouché 4 fois sans aucun incident, est enceinte pour la cinquième fois. Elle vomit quelque peu jusqu'au huitième mois, souffre de maux de tête, avec éblouissements vers la fin de sa grossesse. Dans la dernière quinzaine de cette grossesse, elle perd plusieurs fois une petite quantité de liquide amniotique.

Le 8 mai 1895, hémorrhagies abondantes sans douleurs utérines.

Le 9 et le 10 mai, nouvelles pertes sanguines moins accusées.

Dans la nuit du 10 au 11, écoulement de liquide amniotique.

La malade entre le 11, à 8 heures du matin, dans le service de clinique obstétricale du professeur Lenoël.

Sa figure est pâle, ses lèvres et ses muqueuses décolorées; l'anémie est récente et due aux hémorrhagies. Il y a un léger œdème de la face, de l'hypogastre et des jambes; une petite quantité d'albumine dans les urines.

Le palper abdominal est rendu difficile par l'œdème sus-pubien et les contractions indolores de l'utérus. La tête du fœtus est dans la fosse iliaque gauche; je crois sentir le placenta remontant vers la fosse iliaque droite. Les bruits du cœur ont leur maximum sur une ligne allant de l'ombilic au rebord des fausses côtes du côté gauche. Au toucher le col est à gauche et en arrière, long de 3 à 4 centimètres, entr'ouvert, *et permettant l'introduction de deux doigts;* l'index perçoit sur le bord droit du col, et venant l'effleurer, le bord du placenta, inséré sur le segment inférieur. Aucune partie fœtale n'est perçue par le toucher, il n'y a pas encore d'engagement.

A 10 heures du soir, les contractions utérines étant devenues énergiques, une hémorrhagie formidable se déclare; elle s'arrête cependant à la suite d'injections vaginales très chaudes; la parturiente a pu perdre un demi-litre de sang; elle tombe en syncope, puis revient lentement à elle.

Nous constatons, M. Lenoël et moi, la présentation de la tête en O I G A, au détroit supérieur où cette tête est encore mobile. Le col reste élevé, long de 2 centimètres, ouvert de manière à atteindre un peu plus que les dimensions d'une pièce de 2 francs et un peu moins

que celles d'une pièce de 5 francs. Il persiste un suintement sanguin continu, la malade est faible et défaillante.

Devant l'imminence d'une nouvelle et sans doute mortelle hémorrhagie, M. Lenoël me conseilla la version podalique sous le chloroforme. *J'introduisis la main droite dans le vagin, puis trois doigts dans le col. En 15 minutes environ, je parvins à introduire successivement tous les doigts de la main, puis la main et le poignet, c'est-à-dire à dilater lentement et forcément le col utérin.* Je romps les membranes en les grattant, car je ne trouve pas le point où elles ont dû être déchirées pour laisser s'écouler une certaine quantité d'eau ; puis je suis le plan dorsal et latéral gauche du fœtus. Je saisis son pied droit que je ramène dans le vagin. Mais, en même temps que le fœtus évolue et que la tête remonte, une anse du cordon descend également et vient faire procidence à la vulve ; les vaisseaux funiculaires n'ont plus aucun battement. Je dirige le dos du fœtus à droite et en avant, je fléchis la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau et j'extrais l'enfant.

L'enfant mort pèse 3.400 grammes. Tous les moyens employés, tractions de la langue, insufflations, restent sans effet. Le placenta sort immédiatement après l'enfant et pèse 600 grammes. Le cordon a 0,70 centimètres. Il n'y a pendant ces manœuvres qu'un écoulement sanguin négligeable.

La reconstitution de l'œuf montre que les membranes ont été déchirées au ras du bord placentaire. Une injection intra-utérine est faite de suite avec 0,30 centigr. de sublimé dans 2 litres d'eau bouillie.

Le lendemain matin : 36°,8, utérus au niveau de

l'ombilic. Suites de couches tout à fait normales. La femme sort le 19 mai, huit jours après son accouchement, se trouvant en bonne santé, malgré sa pâleur. Ses urines n'ont plus contenu d'albumine depuis l'accouchement. (Fournier, *Archives de gyn. et tocol.*, janvier 1896.)

Observation VII

Placenta prœvia. — Hémorrhagie abondante. — Dilatation artificielle au moyen du ballon Champetier de Ribes d'abord, complétée par la dilatation manuelle. — Version. — Guérison de la mère. — Enfant mort.

Femme R., 39 ans, entre à la maternité Beaujon, le 13 janvier 1896.

Elle a eu en ville une hémorrhagie très abondante.

Antécédents: Ignore à quel âge sont apparues les règles.

Elle a eu quatorze grossesses antérieures sur lesquelles elle ne peut donner de renseignements précis. N'étant pas en travail au moment de son entrée, la malade est mise au dortoir. Dernières règles du 12 au 27 mai 1895 : grossesse de 7 mois 1|2 environ.

Examens: Bruits du cœur à gauche. Placenta prœvia, insertion centrale.

14 janvier: Dans la matinée, nouvelle hémorrhagie. On ne descend pas la malade à la salle de travail. Injections abondantes au permanganate et au biiodure de mercure. L'hémorrhagie s'arrête. A cinq heures du soir, nouvelle hémorrhagie. La femme étant très affaiblie et le col perméable, M. Griner, interne du service, pose une première fois le ballon Champetier

de Ribes. Les contractions deviennent assez fréquentes, et de plus en plus énergiques, et à 3 heures du matin, le 15 janvier, dilatation comme une petite paume de main.

L'hémorragie continue, M. Ribemont-Dessaigues se décide à terminer l'accouchement. *Il fait avec la main la dilatation forcée du col* et pratique la version à 10 heures 1/2 du matin.

Enfant mort pendant l'extraction.

Délivrance dix minutes après l'accouchement, sans incidents.

La malade est exsangue et très affaiblie. Grogs, champagne, lait. On fait une injection intra-veineuse de 1200 grammes de sérum artificiel.

Suites de couches : Abaissement de la température les deux premiers jours qui suivent l'accouchement. La malade sort de la Maternité dix jours après l'accouchement en parfait état. (Th. Mortagne, Paris, 1897.)

Observation VIII

Placenta prœvia. — Rupture spontanée des membranes. — Hémorrhagies. — Dilatation manuelle. — Version par manœuvres internes. — Guérison de la mère. — Mort de l'enfant.

La nommée R... entre dans le service de M. Ribemont-Dessaignes le 18 avril, à 8 heures du matin.

C'est une femme de bonne constitution. Bassin normal.

Elle est enceinte pour la troisième fois. Elle a eu un avortement à deux mois de grossesse et une deuxième grossesse terminée normalement.

Réglée depuis l'âge de douze ans, régulièrement. Dernières règles le 7 juin. La malade raconte qu'il y a quinze jours elle a eu une perte abondante. Cependant, sur le conseil d'une sage-femme, elle ne vint pas à l'hôpital.

Hier soir, 17 avril, nouvelle hémorrhagie qui ne s'est pas arrêtée. Malade profondément décolorée, très affaiblie.

Palper : Fœtus très élevé, mobile.

— Tête en bas, dos à droite.

A gauche, dans sa moitié inférieure, l'utérus offre une résistance pâteuse, comme s'il était rempli de caillots. Au toucher, nombreux caillots dans le vagin ; on arrive sur le col long de deux centimètres environ, ouvert dans toute son étendue et à travers lequel on sent une partie du placenta.

Au dire de la malade, les membranes se seraient rompues spontanément en ville.

A chaque examen, la malade perd du sang, malgré des injections à 47°.

Bruits du cœur ? ?

A l'arrivée de M. Ribemont-Dessaignes, l'état du col ne s'est pas modifié. Il ne s'est pas effacé, mais il paraît souple. *M. Ribemont introduit la main dans le vagin et glisse un doigt dans le col, puis deux doigts et ainsi de suite jusqu'à ce que la main ait pu franchir le col. Le col se laisse dilater en quelques minutes.*

Après avoir cherché à passer sur les bords du placenta, M. Ribemont finit par le traverser et va à la recherche d'un pied. Il l'abaisse et fait facilement l'extraction.

L'intervention a duré à peine 10 minutes.

Délivrance artificielle immédiate.

Enfant mort pesant 4 kil. 380 gr., long de 58 cent.

La mère semble en état de mort apparente.

On parvient à la ranimer, grâce à des injections d'éther et à la compression des membres inférieurs, au moyen de bandes de caoutchouc. Le pouls se relève et peu à peu la femme reprend sa connaissance.

Suites de couches normales.

Sortie en bon état le 30 avril. (Th. Mortagne, Paris, 1897.)

Observation IX

Placenta prœvia centre pour centre. — Hémorrhagies répétées. — Dilatation manuelle. — Version par manœuvres internes. Délivrance artificielle. — Guérison de la mère. — Mort de l'enfant.

La nommée O..., âgée de 39 ans, entre dans le service de M. Ribemont-Dessaignes le 30 août 1894.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, 3 jours par mois. Dernières règles le 1er janvier.

Terme de 7 mois 1/2 environ.

Dix accouchements antérieurs dont 9 à terme et l'autre à 7 mois 1/2, grossesse gémellaire.

Bonne santé habituelle.

Bassin. Angle accessible au loin.

Grossesse actuelle : A part quelques vomissements au début, rien à signaler jusqu'au 10 août.

10 août : Hémorrhagie peu abondante mais persistant deux ou trois jours.

28 août : L'hémorrhagie reparaît et continue le lendemain et le surlendemain et devient si abondante

qu'on la transporte à l'hôpital à 11 heures du soir. Elle cesse durant la nuit.

31 août : On constate un col épais, long, perméable.

Le placenta recouvre entièrement l'orifice interne, nulle part le doigt n'atteint les membranes.

1er septembre : Pas d'hémorrhagie.

2 septembre : L'hémorragie recommence vers midi et continue jusqu'à 1 heure.

A l'aide des doigts, on dilate peu à peu le col, afin d'arriver jusqu'aux membranes pour les rompre. Cela fait, étant donné que le col se laisse facilement dilater et qu'il persiste un suintement sanguin, on agrandit la dilatation avec la plus grande prudence et bientôt elle est suffisante pour pratiquer la version par manœuvres internes qui s'effectue sans difficulté.

Délivrance artificielle immédiate.

Enfant mort.

Suites de couches normales. La mère très anémiée se remonte relativement vite et sort en bon état de l'hôpital, le 16 septembre 1896. (Th. Mortagne, Paris, 1897.)

Observation X

Placenta prœvia. — Présentation de l'épaule. — Hémorrhagies répétées. — Dilatation manuelle. — Version par manœuvres internes. — Guérison de la mère. — Enfant vivant.

La nommée R..., âgée de 35 ans, entre dans le service de M. Ribemont-Dessaignes le 3 avril 1895 à 8 heures 1/4 du soir.

Réglée pour la première fois à 11 ans, régulièrement depuis.

Enceinte pour la dixième fois, cette malade a été mariée deux fois. Elle a eu 6 grossesses durant son premier mariage ; les 4 premières se sont terminées à terme spontanément, 4 enfants vivants et bien constitués ; présentation du sommet dans tous les cas.

La 5e et la 6e se sont terminées par des avortements.

Des 3 grossesses qu'elle a eues de son second mariage, avant la grossesse actuelle, la première s'est terminée à 8 mois par la naissance d'un enfant encore vivant aujourd'hui et âgé de 4 ans, présentant un volume exagéré de la tête. Intelligence peu développée.

La 2e (8e) est arrivée à terme. Fille vivante, actuellement âgée de 2 ans, porteuse à la région lombo-sacrée d'un spina-bifida.

La 3e (9e grossesse) a fini par un avortement de 5 mois.

Grossesse actuelle : Dernières règles le 7 juin.

Durant la grossesse, la malade a souffert d'une laryngite. Hémorrhagie depuis 3 jours pour laquelle une sage-femme a pratiqué le tamponnement.

Tête dans la fosse iliaque gauche. Dos en arrière.

Par le toucher, on arrive sur une main que l'on reconnaît pour une main gauche.

Dilatation : 5 francs.

Au voisinage de l'orifice on sent le bord du placenta.

Bruits du cœur sur la ligne médiane extrêmement sourds.

Les premières douleurs se sont montrées à 6 heures du matin. M. Pauchet, interne du service, est immédiatement appelé et, voyant que les bruits du cœur se modifient de plus en plus, il se décide à intervenir.

Il pratique lentement la dilatation manuelle et rompt les membranes. La version se fait ensuite sans difficulté.

8 heures 45, enfant respirant mal au début, mais complètement ranimé après quelques insufflations.

Poids : 3520.

Délivrance artificielle immédiatement après. Poids du placenta : 500 grammes.

Suites de couches : 5 mars au soir 39°,3.

Injection intra utérine.

6 mars 39°.

7 mars : La malade part sur sa demande. (Th. Mortagne, Paris, 1897.)

Observation XI

Placenta prœvia partiel. — Rupture spontanée des membranes. — Hémorrhagie abondante. — Dilatation manuelle. — Version. — Guérison de la mère. — Enfant vivant.

La nommée Gor..., secondipare, âgée de 23 ans, est amenée à l'hôpital Tenon, le 26 mai, à 11 heures et demie du matin. Ses dernières règles datent du 17-23 octobre ; elle est enceinte d'environ 7 mois.

Sans cause occasionnelle appréciable, cette femme a été prise de contractions utérines douloureuses, le même jour à 8 heures du matin. Après deux heures de travail, les membranes se sont rompues spontanément et, aussitôt après, elle a été prise d'une hémorrhagie abondante et continue pour laquelle on l'amène à l'hôpital.

C'est une femme vigoureuse et bien constituée, toute-

fois la perte de sang a été assez considérable pour amener un état grave d'anémie aiguë qui se traduit par la pâleur de la face, le refroidissement des extrémités, la rapidité et la faiblesse du pouls.

L'enfant se présente par l'épaule gauche en A I G.

Les battements du cœur sont si faibles qu'on doute de les entendre.

Le col utérin est long, revenu sur lui-même.

L'orifice interne est rétracté et enserre fortement un cotylédon placentaire détaché, du volume d'une noix, et une anse de cordon dans laquelle on ne ressent aucun battement. Pendant notre exploration l'hémorrhagie est insignifiante, mais, au préalable, on a donné une copieuse injection antiseptique à 48°.

Nous décidons de vider sur-le-champ la cavité utérine, *et nous procédons à la dilatation manuelle du col sous la narcose chloroformique. L'utérus étant abaissé par pression, l'index de la main droite pénètre à frottement au-dessus de l'orifice interne, sans déplacer le cotylédon placentaire, mais en refoulant l'anse du cordon; il déprime en tous sens de sa pulpe le pourtour de l'orifice, très rapidement, et fait face au médius à côté de lui. Bientôt les deux index et les deux médius pénètrent dans le col et, adossés les uns aux autres, ils continuent à écarter les parois cervicales. Enfin, trois doigts de chaque main franchissent l'orifice interne et, après une manœuvre d'une durée totale de huit minutes, les lèvres du col peuvent être amenées au contact des parois du bassin.*

La main gauche pénètre sans difficulté dans l'utérus et ramène par la version un enfant pesant moins de 1,700 grammes, en état syncopal ; il est nécessaire de l'insuffler pendant 10 minutes pour l'amener à pousser

quelques cris très faibles. Les mouvements respiratoires restent superficiels, espacés et irréguliers. Malgré tous les moyens de stimulation habituels, ils disparaissent au bout d'une heure et demie. Déjà dénué de vitalité en raison de son trop faible développement, au moment où s'est déclaré le travail, l'enfant a succombé à la procidence du cordon et au décollement placentaire et non à l'opération elle-même.

Bien que le placenta soit largement décollé, l'extraction manuelle est quelque peu laborieuse. Quelques cotylédons sont adhérents par places, néanmoins elle se fait sans perte de sang notable. Le col est absolument intact.

Deux injections de sérum artificiel de six cents grammes chacune sont pratiquées dans la journée ; la malade se rétablit rapidement et quitte l'hôpital sur sa demande expresse, au dixième jour des suites de couches. (Bonnaire, *Presse Médicale*, 14 août 1897.)

Observation XII

Grossesse gémellaire. — Œufs indépendants et superposés. — Placenta prœvia central. — Hémorrhagie. — Dilatation manuelle. — Version. — Guérison de la mère. — Deux enfants vivants.

La nommée Lef..., IVpare, de 33 ans, est amenée à l'hôpital Tenon, le 16 juillet, à 8 heures du matin.

Elle est atteinte d'une hémorrhagie abondante qui dure depuis la veille avec des rémissions et que les soins d'un médecin et d'une sage-femme n'ont pu maî-

triser. Les dernières règles datent du début de décembre : elle est donc enceinte d'environ 7 mois.

Cependant l'utérus est très volumineux. Il existe une grossesse avec hydramnios. Le premier fœtus, très mobile, est obliquement dirigé sur le détroit supérieur ; le siège est dans la fosse iliaque gauche. Le second est au fond de l'utérus. Les enfants sont vivants. La femme n'est pas en travail.

L'hémorrhagie, qui avait cessé au moment de l'entrée, reprend à la suite d'un bain et cède au tamponnement vaginal ; on pratique alors une première injection sous-cutanée de sérum de 500 grammes.

A notre arrivée, nous trouvons la femme, d'ailleurs très robuste, en assez bon état, malgré la décoloration du visage et la rapidité du pouls.

Le tampon enlevé, nous sentons le col long très ramolli et entr'ouvert à son orifice interne.

Le doigt touche à nu la face cotylédonnaire. Nous décidons d'effectuer immédiatement l'accouchement.

La femme étant anesthésiée à 10 heures 25, *nous commençons la dilatation : le col accroché par l'index de la main est légèrement abaissé, de façon à permettre l'introduction du second index dos à dos avec le premier. Successivement les doigts sont introduits jusqu'à ce que l'index, le médius et l'annulaire de chaque main puissent travailler à la dilatation, en prenant point d'appui sur les articulations métacarpo-phalangiennes adossées; nous avons soin de ne pas déborder par en haut le pourtour de l'orifice interne pour éviter le plus possible le contact des doigts avec le placenta.*

A 10 heures 55, la dilatation est complète. Toute la

manœuvre a été effectuée sans écoulement de sang malgré la libération des cotylédons.

A ce moment les membranes ne sont accessibles en aucun point de l'aire de dilatation du col.

Rapidement nous glissons la main droite dans la direction de la fosse iliaque gauche, en décollant le placenta. Les membranes rompues, il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique. Les deux pieds du premier fœtus sont saisis et l'extraction se fait facilement. En même temps que la tête dernière, le placenta descend dans le vagin et s'accole à sa paroi, à la façon d'un volet, mais il demeure retenu par l'adhérence de son bord qui est resté dans l'utérus. Sans chercher à terminer de suite cette première délivrance, nous procédons à l'extraction du second fœtus. Celui-ci est disposé transversalement au fond de l'utérus. La version se fait sans difficulté; sur son passage, la seconde tête achève de détacher et entraîne en dehors l'arrière-faix du premier œuf.

Le premier enfant, un garçon du poids de 2,290 grammes, naît en état d'apnée : quelques frictions suffisent à le ranimer; néanmoins sa respiration s'établit mal, le cri est faible. Il succombe au bout de 24 heures sans qu'on ait pu percevoir à aucun moment le murmure vésiculaire.

A l'autopsie, on trouve les poumons en état d'atélectasie. Il n'y a pas d'obstruction bronchique.

Le second jumeau, garçon de 1,800 grammes, crie dès sa naissance; toutefois cet enfant est et reste en état de débilité grande. On le met en couveuse, on l'alimente par gavage, on le stimule à l'aide de bains d'oxygène et

d'injections de sérum artificiel, mais, à la date du 9 août, nous désespérons de l'amener à bien.

L'accouchement terminé, on constate que le col est intact. Du troisième au huitième jour des suites de couches, on observe quelques signes d'infection (T. max. 39° avec fétidité des lochies) qui cèdent aux lavages utérins iodés et au nettoyage de l'endomètre à la curette.

La malade est parfaitement rétablie à l'heure actuelle. (Bonnaire, *Presse Médicale*, 14 août 1897.)

Observation XIII

Placenta prœvia centre pour centre. — Hémorrhagies répétées. — Dilatation manuelle. — Version. — Guérison de la mère. — Enfant vivant.

La nommée Maur... est amemée dans le service d'accouchement Tenon, le 1er juin 1897, à 11 heures 30 du soir. Cette femme, âgée de 34 ans, est déjà accouchée 12 fois à terme, sans incident.

Ses dernières règles se sont terminées le 21 septembre, elle est donc enceinte de 8 mois. Elle a exercé sa profession de passementière jusqu'au jour même de son entrée à l'hôpital.

Cependant elle perd du sang par intermittences depuis 2 mois et ses hémorrhagies on été en augmentant d'intensité, surtout depuis 1 mois. Ce n'est que le 1er juin qu'elle s'est inquiétée à cause d'une perte de sang beaucoup plus forte que les précédentes.

Un médecin de la ville appelé reconnaît une insertion vicieuse du placenta et envoie la femme à l'hôpital.

A l'entrée, on constate que la malade est considérablement anémiée ; elle ne peut se tenir debout. L'enfant se présente par l'épaule gauche en A I D. Il n'y a point de contractions douloureuses. Le col est long, très mou et sur l'orifice interne entr'ouvert on touche les cotylédons du placenta. Le doigt extrait environ 500 grammes de caillots de la cavité vaginale.

On ramène la tête au détroit supérieur en O I D T. Une injection chaude suffit pour arrêter l'hémorrhagie. On renouvelle l'injection 2 fois dans la nuit, et la perte de sang ne se reproduit pas. En outre la femme reçoit une injection sous-cutanée de sérum de 500 grammes.

Le 2 juin, à 9 heures du matin, nous constatons que la tête est demeurée au-dessus du détroit supérieur. L'enfant est toujours vivant. La femme n'est pas en travail. Nous procédons à l'accouchement extemporané.

Le col, quoique n'admettant qu'à frottement l'introduction d'emblée de deux doigts dans l'orifice interne, est extrêmement souple ; néanmoins nous sommes surpris de la rapidité avec laquelle nous pouvons arriver à mettre en place trois doigts de chaque main. En moins de dix minutes, sans qu'il y ait eu une seule contraction utérine, les lèvres du col sont amenées au contact des parois du bassin.

Au cours de la manœuvre, une très légère hémorrhagie se produit. Une injection à 48° l'arrête instantanément. Le col une fois dilaté, nous introduisons la main au-dessus de l'orifice interne, et, par un rapide et large mouvement de circumduction, nous décollons de toutes parts le placenta, selon la mé-

thode de Barnes. Dans cette manœuvre, nous pouvons constater qu'il s'agit d'une variété aussi nette que possible de placenta prœvia centre pour centre. La main rompt les membranes au ras des cotylédons, va chercher les deux pieds de l'enfant et, par la version, amène celui-ci au dehors sans difficultés ni retard.

Le placenta accompagné des membranes suit immédiatement l'enfant sous l'action de l'expression utérine pratiquée sur la tête dernière. Il est large et épais et pèse 800 grammes.

La délivrance terminée, l'hémorrhagie se reproduit en nappe ; cependant le corps utérin est bien rétracté et les lèvres du col n'offrent aucune déchirure. Le sang vient du segment inférieur dont l'étoffe musculaire n'est pas suffisante pour fermer les sinus. Sans tarder, tandis qu'un aide comprime l'aorte, nous tamponnons largement le segment inférieur à la gaze iodoformée ; un tampon de soutien est disposé dans le vagin et pour empêcher la gaze de remonter dans la cavité du corps de l'utérus, on assure l'occlusion de celui-ci par une injection d'ergotine.

La femme reçoit ensuite une injection de sérum de 500 grammes.

L'enfant, un garçon de 3,320 grammes, reste quelques instants en état d'apnée, mais ne tarde pas à crier vigoureusement. Au neuvième jour des suites de couches, la mère et l'enfant sortent en excellent état, sans que les suites de couches aient été troublées par le moindre incident. (Bonnaire, *Presse Médicale*, 14 août 1897.)

Observation XIV

(24 août 1893.)

IIIpare au 7e mois de sa grossesse. Placenta prœvia partiel; hémorrhagies depuis le mois de juin, peu intenses; présentation du siège, enfant vivant, col encore long, perméable; hémorrhagie, tamponnement vaginal qui détermine des efforts expulsifs. Deux heures après je retire le tampon et l'hémorrhagie est arrêtée. Le col est effacé; sa dilatation est commencée; elle a les dimensions d'une pièce de 5 francs, ses bords sont souples. Sommet en O I D. J'introduis la main dans le vagin, *puis dans le col qu'elle dilate aisément* et je fais la version sans peine. Enfant vivant. Délivrance artificielle. Guérison. (Démelin, *Obstétrique*, 15 juillet 1898.)

Observation XV

Clinique de la rue d'Assas. — 6 octobre 1893.

Ipare, à terme, albuminurique. Placenta prœvia marginal, inséré à droite et en avant, hémorrhagies; caillots accumulés dans le segment inférieur. La dilatation est large comme une pièce de 5 francs. Introduction de la main *qui agrandit rapidement l'ouverture du col*. Le sommet en O I D est repoussé et on fait la version. L'extraction de la tête est difficile bien que le bassin soit normal. Ce n'est pas le col qui arrête l'extraction, c'est la mauvaise attitude de la tête dernière, à qui le moni-

teur chargé de l'extraction avait imprimé un mouvement de rotation trop précoce en occipito-pubienne, de sorte que la tête était retenue en O P, au-dessus du détroit supérieur. Je place la tête dans un diamètre oblique du bassin, et la fais descendre ; mais à son tour le périnée résistant l'arrête. La manœuvre de Mauriceau, essayée d'abord, reste infructueuse. J'introduis alors rapidement le forceps Tarnier sur la tête dernière en O P et j'extrais vite un enfant que malheureusement on ne peut ranimer. Déchirure incomplète du périnée, périnéorhaphie. Guérison de la mère. (Démelin, *Obstétrique*, 15 juillet 1898.)

Observation XVI

Clinique de la rue d'Assas. — Août 1894.

Multipare au 8e mois. Placenta prœvia partiel. Hémorrhagies graves et répétées, tampon fait en ville, efficace, étanche. A l'arrivée dans le service, je retire ce tampon, et je trouve le col long de 3 centimètres, perméable à deux doigts. Présentation du siège, enfant mort, nouvelle perte, tampon intra-cervical et vaginal.

L'hémorrhagie s'arrête. Le lendemain matin, je réexamine et je trouve le col ouvert, admettant quatre doigts, mais non le métacarpe ; *je dilate l'orifice avec les mains très rapidement*, je perfore le placenta et les membranes avec une tige pointue, j'abaisse un genou et j'extrais. Pas d'hémorrhagie. Suites de couches fébriles. (Démelin, *Obstétrique*, 15 juillet 1898.)

Observation XVII.

La Pitié, 15 octobre 1897.

IIpare, au 9e mois. Placenta prœvia marginal inséré à droite et en arrière. Légère hémorrhagie la veille. Le 15 octobre, je trouve le col long de 3 centimètres, souple, perméable à deux doigts, un enfant vivant, en O I G A. Je décide d'intervenir immédiatement. J'anesthésie à l'éther. Je commence par rompre largement les membranes ; puis *je dilate le col avec les doigts, d'après le procédé de Bonnaire,* l'ouverture s'agrandit très vite et très facilement, sans hémorrhagie aucune. A la dilatation presque complète en un quart d'heure, j'introduis la main dans l'utérus et je fais facilement la version. L'enfant naît apnéique, mais de simples frictions le font crier presque immédiatement, il pèse environ 3 kilos.

Le col est déchiré des deux côtés, mais la lésion n'intéresse pas les culs-de-sac du vagin ; pas d'hémor rhagie. Néanmoins, pour en finir, je fais la délivrance artificielle, un cotylédon adhère un peu plus qu'à l'habitude. Le placenta est mince, étalé en limande, scléreux en son milieu. La poche membraneuse est intacte. L'orifice de sortie du fœtus affleure le bord même du placenta qui est un peu entamé. La mère et l'enfant sortent bien portants de l'hôpital, sans avoir présenté le moindre incident pathologique. (Démelin, *Obstétrique,* 15 juillet 1898.)

Observation XVIII

M^me^ B..., rue de l'Aqueduc, 15 avril 1896.

IIpare, enceinte de 7 mois. Depuis un mois, pertes de sang. Nouvelle hémorrhagie le 15 avril dans la nuit. Anémie, pâleur, pouls rapide. Très légères douleurs utérines. Etourdissements. Sous mes yeux se produit une hémorrhagie avec lipothymies répétées. Enfant vivant, transversalement placé, tête dans le flanc gauche. Col long de 2 centimètres ; insertion vicieuse du placenta. Sans chloroforme, la femme mise en travers du lit et prenant de l'alcool, j'introduis la main dans le vagin ; je troue le placenta avec un doigt. Je rencontre un bras, puis un pied que j'attire, je le maintiens par de légères tractions, moins pour dilater le col que pour comprimer les surfaces saignantes. (J'avais pu, pour saisir le pied, *élargir le col assez pour y faire entrer l'index et le médius*.) Le siège reste longtemps arrêté par le col, puis descend. L'accouchement est terminé en 2 heures 1/2, sans perte nouvelle. Enfant mort, le placenta extrait est troué en son milieu. Pas de syncope après la délivrance. Guérison. (Démelin, *Obstétrique*, 15 juillet 1898.)

Observation XIX

M^me^ P..., le 10 septembre 1896.

IVpare, enceinte de 7 mois. Hémorrhagie sans douleur il y a quelques jours. Nouvelle perte à la suite du coït, abondante ; syncopes, pouls petit, mains froides, tête fœtale au fond de l'utérus, cœur fœtal lent et irré-

gulier. Vagin rempli de caillots. Col effacé, dilatation large comme une pièce de 5 francs ; placenta partout. La malade est mise avec précaution en travers du lit. Sans anesthésie, je mets la main droite dans le vagin, je troue le placenta, j'arrive sur les membranes que je perfore et je trouve un pied. Je l'attire et j'extrais sans difficulté le fœtus. *Le col s'est laissé facilement traverser.*

L'enfant meurt quelques instants après sa naissance. Délivrance artificielle. Le placenta est déchiré près de son bord, le sac membraneux est intact. Guérison. (Démelin, *Obstétrique*, 15 juillet 1898.)

Observation XX

Saint-Louis, 3 juillet 1898.

IVpare, enceinte de 7 mois, placenta prœvia, bassin normal. Il y a un mois pertes de sang ; le 3 juillet, troisième hémorrhagie. Tamponnement vaginal le matin, à Saint-Louis. A 10 heures, le tampon est imbibé, je le retire, je trouve le col long de 2 centimètres, très haut, souple ; les membranes sont intactes S I G. Enfant vivant. Placenta inséré en arrière. J'anesthésie à l'éther. *Dilatation manuelle à la Rizzoli.* J'avais d'abord ouvert largement les membranes. Les pieds sont là ; je les abaisse. La tête est un peu arrêtée par le corps qui apparaît à la vulve. Pas d'hémorrhagie. Piqûre de sérum artificiel pendant l'extraction à titre préventif. Délivrance artificielle. Enfant né en état de mort apparente, faisant immédiatement des inspirations tétaniques ; mais son cœur est faible et lent. Malgré tous les soins, l'enfant meurt dans la nuit. Suites de couches normales. La femme guérit sans incidents. (Démelin, *Obstétrique*, 15 juillet 1898.)

Observation XXI

Saint-Louis, 4 juillet 1898.

IIpare, enceinte de 8 mois ; plusieurs pertes sanguines depuis 15 jours ; le matin du 4 juillet, deux nouvelles pertes dans l'après-midi, tampon vaginal par mon interne. Le tampon est traversé à 7 heures du soir ; on le retire, puis on le réapplique. Des douleurs sont venues. A 8 heures et quart, je trouve l'état assez bon, le pouls rapide bien frappé. Les battements fœtaux sont très ralentis. Le col est effacé ; dilatation de 1 franc. Col résistant, membranes intactes ; placenta prœvia partiel, insertion en avant et à droite. Sommet en O I G. Je romps largement les membranes, puis *je commence la dilatation artificielle à la Bonnaire* ; rapidement le col cède. J'introduis la main gauche et je fais la version ; dégagement facile. Délivrance artificielle, pas d'hémorrhagie. Enfant en état de mort apparente, criant bientôt mais ayant du tirage sternal ; il meurt dans la nuit. La mère guérit sans incidents. J'avais fait l'anesthésie à l'éther. Il y eut une déchirure unilatérale du museau de tanche, à droite, sans gravité. (Démelin, *Obstétrique*, 15 juillet 1898.)

Observation XXII

(*Journal de médecine de Paris*, 10 février 1895)

Primipare, âgée de 24 ans.

S'étant couchée une nuit sans aucune douleur, elle fut réveillée par une perte de liquide des plus abondantes. J'arrivai chez elle environ une heure après cet accident.

Je la trouvai dans cet état mais elle ne souffrait pas et le col permettait le passage de l'index. Avec l'assistance du Dr Amiraux, j'endormis la malade et *commençai immédiatement la dilatation manuelle du col*. Au bout de 21 minutes ma main entrait dans l'utérus, je tirai un pied et au bout de 28 minutes (soit 49 minutes depuis le début de l'opération) un enfant mort-né et un placenta furent tirés ensemble.

La femme recouvre la santé sans fièvre et sans complications d'aucune sorte. (Harris de Paterson.)

Observation XXIII

IIIpare, âgée de 30 ans, eut une petite hémorrhagie au bout du 7e mois pour laquelle aucun médecin ne fut appelé.

Au 8e mois une perte de sang très abondante, mais sans aucune douleur. Le col permettait le passage de l'index qui révéla un placenta prœvia.

Le Dr James W. Smith confirma mon diagnostic et, après avoir donné de l'éther, *je dilatai manuellement le col et introduisis ma main.*

Au bout de 20 minutes, les membranes furent déchirées, un pied fut tiré, l'enfant et le placenta furent délivrés en 45 minutes depuis le commencement de la dilatation.

L'enfant vivait encore. La mère fut longue à se remettre, elle eut un léger degré de fièvre puerpérale, probablement parce que nous ne pûmes l'éloigner du milieu infesté. (Harris de Paterson.)

Observation XXIV

La même que dans le cas précédent m'envoye chercher deux ans après, à minuit.

Elle dormait depuis deux heures quand elle fut réveillée par une mare de sang dans son lit. La grossesse était probablement de 7 mois et demi. Je la vis à peu près une heure avant son réveil. Elle ne souffrait pas. Le col livrait à peine passage à l'index.

Au bout de peu de temps les Drs James W. Smith et Millspangh étaient à mes côtés. On endormit la malade. La *dilatation manuelle fut pratiquée et au bout de 16 minutes je pus passer la main.* Au bout de 24 minutes l'enfant et le placenta furent délivrés.

La malade eut une rapide convalescence sans aucun accident. (Harris de Paterson.)

Observation XXV

IIpare, âgée de 30 ans, eut une petite hémorrhagie assez importante, au bout du huitième mois. Je la vis 6 heures après, à la demande de son médecin, le Dr Edouard W. Doly, qui me prévint de la présence d'un placenta prœvia et qui m'assura que le col laissait à peine passer le doigt. Sur mon assurance que la délivrance ne serait pas immédiate, on se procura de l'éther, on endormit la malade et *je commençai la dilatation manuelle.* Après 22 minutes, la main entrait dans l'utérus, j'amenai un pied et au bout de 22 minutes l'enfant et le placenta furent délivrés. (L'enfant vit encore.) La convalescence fut normale et complète. (Harris de Paterson.)

Observation XXVI

IVpare, âgée de 30 ans, fut prise de douleurs qui au bout de 6 heures furent suivies d'une hémorrhagie abondante.

Le Dr D. T. Boyden fut appelé, et moi-même, sur sa demande, j'arrivai six heures après et je confirmai son diagnostic de placenta prœvia.

Il n'y avait que des douleurs momentanées, l'hémorrhagie continue et le col laisse à peine passer deux doigts. Je prévins le docteur de mon habitude *pour la dilatation manuelle et, sur son consentement, on anesthésia la malade et la manipulation commença.*

Au bout de 20 minutes j'entrai dans l'utérus, je déchirai les membranes, et je tirai un pied.

Au bout de 25 autres minutes, elle fut délivrée et j'amenai un enfant vivant et le placenta.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie et la convalescence fut normale. (Harris de Paterson.)

Observation XXVII

VIpare, âgée de 43 ans, à huit mois et demi de grossesse fut prise d'une perte de sang abondante. La maison qu'elle habitait était si froide et si malsaine que je la fis transporter au *Paterson general hospital.*

Pendant le transport et après son entrée à l'hôpital, elle eut des pertes nombreuses et souffrit un peu.

Le col dilaté suffisamment laissait passage à deux doigts. Avec l'aide des internes, les Drs Me Coy et

Fuentès, qui anesthésièrent la malade, *je pratiquai la dilatation manuelle du col.* Au bout de 18 minutes ma main entrait dans l'utérus, déchirait les membranes et tirait un pied. 33 minutes plus tard un enfant mort-né et un placenta furent amenés. La malade se remit sans fièvre. (Harris de Paterson.)

Observation XXVIII

Vpare, âgée de 34 ans, eut une hémorrhagie au bout de huit mois et demi. La perte de liquide était abondante mais non douloureuse. Je vis la malade à la demande du Dr William Fleteroft. Elle fut également transportée au *Paterson general hospital.* Elle arriva 6 heures environ après l'hémorrhagie se plaignant de douleurs dans le dos ; mais elle ne semblait pas souffrir du travail de l'accouchement.

Elle saignait toujours et le col admettait le passage de trois doigts. Après m'être entendu avec le Dr William R. Newton, mon collègue, dans le service obstétrical, la malade fut anesthésiée ; *il accomplit la dilatation manuelle avec la main fermée, l'introduisit,* amena un pied, et 25 minutes plus tard un enfant vivant et le placenta furent délivrés.

La malade quitta l'hôpital au bout de deux semaines environ. (Harris de Paterson.)

CONCLUSIONS

Le choix du procédé pour terminer rapidement l'accouchement dans les hémorrhagies placentaires graves dépend du temps dont on croit pouvoir disposer.

Si le danger n'est que prochain, les moyens ordinaires (ballon Champetier, colpeurynter, dilatateur Bossi), suffisent ordinairement, à la condition essentielle qu'on dispose de l'instrumentation nécessaire.

Mais si le danger est imminent, que la mort menace de survenir au moindre retard, le temps est précieux, il faut recourir à la dilatation manuelle, méthode très rapide et donnant de très heureux résultats pour la mère et l'enfant.

Un état de faiblesse extrême de la femme, la rigidité totale du col, d'origine syphilitique ou cancéreuse, sont les seules contre-indications absolues.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Le 10 février 1899.

A. HERRGOTT.

VU PAR LE DOYEN :

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

A. GASQUET.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 5
Introduction 7
Historique 13
Exposé et critique des méthodes. 21
Avantages. — Comparaison avec les autres procédés rapides. 29
Indications et contre-indications 33
Observations 41
Conclusions. 81

IMPROBVS
OMNIA
VINCIT
LABOR